

Medicina Balear

Publicació de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

<http://ramcib.caib.es>



SUMARI

EDITORIAL

- La Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda (ReBIDE)*5
Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda

VIDA ACADÈMICA.....10

- Premis. Sessió conjunta. Nous acadèmics corresponents. Sessió Inaugural del curs 2004.*
Nou acadèmic numerari. Distincions de l'Acadèmia. Premi Ramon Llull

ORIGINALS

- Actividad donacion-trasplante. Hospital Universitario*15
de Son Dureta. 1989-2003

Julio Velasco Roca, José Ignacio Ayestarán, Jon Pérez Bárcena

- Anticoncepción irreversible femenina con dispositivo Essure realizada en consulta*.....23

Martí Mascaró Sastre, Noemi Freixas Grimalt, Antonia Roig Ferrà,
Aina Tejedor Mestre, Luis Gijón García

- Perfil de la mujer demandante de anticoncepción de emergencia*.....27

Mercedes Febles Borges, Luis Gijón García

- Revascularización miocárdica precoz en el infarto agudo de miocardio*
Análisis de dos años de experiencia en la Policlínica Miramar (2001-2002).....31

Josu López-Libano, Mariano Usón, Rosa Poyo-Guerrero, Joaquín Torrebella, Jaume
Llaneras, Llorenç Alomar, Carlos Torres, Fernando Barturen, Marta Generelo, Iñaki Unzaga

DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE

- Paciente con escoliosis, disnea aguda y derrame pleural derecho*.....43

M. Riera Sagrera, A. Rodríguez Salgado, A. Pozo García, A. Graner Eceizabarrena

LLIBRES

- He mirat aquesta terra! "Retalls de la memòria" del Dr. Jaume Mulet*45

Antoni Obrador Adrover

- PROGRAMA DE PREMIS PER AL CURS 2004*49

Si el seu Fons d'Inversió havera a la deriva...



ara pot canviar-lo a Banca March
sense costs fiscals.

I, endemés,
obténdrà un
obsequi



JOC DE CAFÈ



GRILL



DVD



CÀMERA DIGITAL

VÀLID FINS EL 31/12/03

Informi-se'n a les nostres oficines o telefonant al **901 111 000**

WWW.BANCAMARCH.ES

 **BANCA MARCH**

Medicina Balear

Director emèrit

José M^a Rodríguez Tejerina

Director

Macià Tomàs Salvà

Redactor en cap

Jordi Forteza-Rey Borralleras

Redactors

Ferran Tolosa Cabani, Antoni Obrador Adrover, Joan Buades Reinés, Miquel A. Limón Pons (Menorca)

Junta directiva de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

<i>President</i>	Alfonso Ballesteros Fernández
<i>Vicepresident</i>	Josep Miró Nicolau
<i>Secretari General</i>	Bartolomé Anguera Sansó
<i>Vicesecretari</i>	José L.Olea Vallejo
<i>Tresorer</i>	Ferran Tolosa Cabani
<i>Bibliotecari</i>	Antoni Obrador Adrover

Revista inscrita en el Índice Médico Español

Secretaria i correspondència

Campaner, 4, baixos. 07003 Palma de Mallorca Tel. 971 72 12 30
Adreça electrònica: info@ramcib.es - Pàgina web: ramcib.caib.es

Publicitat

Aquelles empreses o institucions que vulguin inserir algun anunci a Medicina Balear poden contactar directament amb la Secretaria de la Reial Acadèmia

Acadèmics d'honor

Excm. Sr. Jean Dausset, Premi Nobel de Medicina 1980

Excm. Sr. Santiago Grisolia García, Premi Príncep d' Asturies d'Investigació Científica i Tècnica

Acadèmics numeraris

M.I. Sr. Santiago Forteza Forteza

M.I. Sr. Miguel Manera Rovira

M.I. Sr. José M^a Rodríguez Tejerina

M.I. Sr. Miguel Munar Qués

M.I. Sra. Juana M^a Román Piñana

M.I. Sr. José Tomás Monserrat

M.I. Sr. Guillermo Mateu Mateu

M.I. Sr. Arnaldo Casellas Bernat

M.I. Sr. José Miró Nicolau

M.I. Sr. Antonio Montis Suau

M.I. Sr. Feliciano Fuster Jaume

M.I. Sr. Carlos Viader Farré

M.I. Sr. Bartolomé Anguera Sansó

M.I. Sr. Bartolomé Nadal Moncadas

Excm. Sr. Alfonso Ballesteros Fernández

M.I. Sr. Miguel Muntaner Marqués

M.I. Sr. Francesc Bujosa Homar

M.I. Sr. Ferran Tolosa Cabani

M.I. Sr. Macià Tomàs Salvà

M.I. Sr. Alvaro Agustí García-Navarro

M.I. Sr. Antoni Obrador Adrover

M.I. Sra. Juana M^a Sureda Trujillo

M.I. Sr. Juan Buades Reinés

M.I. Sr. José L. Olea Vallejo

Acadèmic honorari

M.I. Sr. Santiago Luelmo Román

SUMARI

EDITORIAL

- La Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda (ReBIDE)*5
Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda
-

VIDA ACADÈMICA.....10

- Premis. Sessió conjunta. Nous acadèmics corresponents. Sessió Inaugural del curs 2004.*
Nou acadèmic numerari. Distincions de l'Acadèmia. Premi Ramon Llull
-

ORIGINALS

- Actividad donacion-trasplante. Hospital Universitario*15
de Son Dureta. 1989-2003
Julio Velasco Roca, José Ignacio Ayestarán, Jon Pérez Bárcena
- Anticoncepción irreversible femenina con dispositivo Essure realizada en consulta*.....23
Martí Mascaró Sastre, Noemi Freixas Grimalt, Antonia Roig Ferrà,
Aina Tejedor Mestre, Luis Gijón García
- Perfil de la mujer demandante de anticoncepción de emergencia*.....27
Mercedes Febles Borges, Luis Gijón García
- Revascularización miocárdica precoz en el infarto agudo de miocardio*
Análisis de dos años de experiencia en la Policlínica Miramar (2001-2002).....31
Josu López-Libano, Mariano Usón, Rosa Poyo-Guerrero, Joaquín Torrebella, Jaume
Llaneras, Llorenç Alomar, Carlos Torres, Fernando Barturen, Marta Generelo, Iñaki Unzaga
-

DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE

- Paciente con escoliosis, disnea aguda y derrame pleural derecho*.....43
M. Riera Sagrera, A. Rodríguez Salgado, A. Pozo García, A. Graner Eceizabarrena
-

LLIBRES

- He mirat aquesta terra! "Retalls de la memòria" del Dr. Jaume Mulet*45
Antoni Obrador Adrover
-

- PROGRAMA DE PREMIS PER AL CURS 2004*49
-

GRUPO SERRA



COMUNICACIÓN

PRENSA RADIO TELEVISIÓN BALEARS

Prensa

Ultima Hora
Diari de Balears
Daily Bulletin
Mallorca Magazin
Venta y Cambio
Brisas
Ruedas y Velas

Televisión

M7 Televisió de Mallorca
Antena 3 Mallorca
Flaix TV

Radio

Ultima Hora Radio
Flaix FM

www.gruposerra.com

GRUPO SERRA

**Ultima
Hora**

Balears

**MAJORCA
Daily
Bulletin**

**Mallorca
Magazin**

GBM
• Gerencia Balear de Medios •

Redacción, Administración y Publicidad:
Paseo Mallorca, 9 A (Palau de la Premsa)
07011 Palma de Mallorca
Tel. 971 788 300

Manzana C - Parcela, 18 - Edificio Grup Serra - Polígono de Son Valentí
07011 Palma de Mallorca - Apto. Correos 304.
Tel. Redacción: 971 919 313 - Fax Redacción: 971 919 318
Tel. Publicidad: 971 919 333 - Fax Publicidad: 971 919 340

Exclusiva Publicidad:
Jaime III, 8 Principal 07012 Palma de Mallorca
Tel. 971 710 975 - 711 023 - Fax: 971 719 966
E-mail: exclusivapublicidad@gbm.es

La Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda (ReBIDE)

Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda*

La Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda (en adelante, “ReBIDE” o “la Red”) es una plataforma investigadora, creada y coordinada por la Fundación Kovacs, que reúne a los grupos clínicos e investigadores baleares con interés por las patologías mecánicas del raquis. Agrupa a equipos consolidados por su producción científica previa, incluidos todos los médicos baleares con publicaciones científicas de ámbito internacional en este campo, así como a equipos eminentemente clínicos y a otros grupos emergentes con interés en este área.

La Red asume como definición de “patologías mecánicas del raquis” la siguiente: aquellas afecciones que cursan con dolor, situado en la zona vertebral o paravertebral entre la base del cráneo y el límite inferior de las nalgas, en las que el dolor se modifica en función de los esfuerzos, posturas y movimientos, se asocia habitual aunque no necesariamente a limitación dolorosa de la movilidad, puede acompañarse

de dolor referido o irradiado, y no se debe a fracturas ni a enfermedades oncológicas, infecciosas, metabólicas, endocrinas, ginecológicas, digestivas, tumorales ni vasculares. El diagnóstico sindrómico incluye los síndromes dolorosos debidos a una alteración orgánica causal de la estática y la dinámica de la columna vertebral, como hernia discal, estenosis espinal, escoliosis o espondilolistesis, y los debidos a causas desconocidas.^{1,2}

Entre la población general, estas afecciones tienen una prevalencia vital superior al 70% y una prevalencia puntual situada entre el 17% y el 32%.² De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Salud de las Islas Baleares, también corresponden a la afección crónica más frecuente entre la población balear.³ El coste que esas afecciones causan cada año en un país europeo equivale al 1,7% del Producto Interior Bruto.¹ La extrapolación de esos datos a Baleares supone que las patologías mecánicas del raquis generan en nuestras Islas un coste anual aproximado de 294 millones de Euros (49.000 millones de pesetas).⁴

* Los miembros de la Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda son: Francisco Kovacs, Mario Gestoso, Nicole Mufraggi Vecchierini, María Teresa Gil del Real Calvo, Margarita Martín Pino, M^a Magdalena Salom Castell, Juan Alfonso Andrade Ortega, Steven Jay Berstein, Amanda Burls, Arturo Felipe García Villar, David Kleinbaum, Javier López Sánchez, Antonio Sánchez Herranz, Severo Santos Rodríguez y Patricio Suárez Gil, Fundación Kovacs; Carmen Fernández y Jaime Ripoll Sánchez, Centro de Salud de Valldargent; Javier Olabe, Bartolomé Bernat, Jon Olabe Goxencia y Pedro Vidal Taberner, Servicio de Neurocirugía del Hospital de Son Dureta; Miguel Rubí, Juan Femenías Rosselló y Guillermo Ripoll Estela, Unidad de Columna Vertebral del Servicio de Traumatología del Hospital de Son Dureta; Mateu Seguí, Unidad Básica de Salud de Es Castell; Magdalena Pagés, José A. Martínez, Centro de Salud de Ca'n Misses; Manel Carro, Centro de Salut d'es Trencadors; Margarita Gómez Suau, Centro de Salut Casa del Mar; Marina Gómez Argüelles y Lourdes Perelló Ripoll, Centro de Salut Son Serra/La Vileta; Patricia Ibáñez, Centro de Salut de Arquitecto Bennassar; Catalina Mateu Sabater, Centro de Salut San Jordi/ Son Ferriol; Elena Rodríguez Bohorquez, Centro de Salut de S'Escorxador; Joan Llobera, Unidad de Investigación y Docencia en Atención Primaria del Ib-Salut; Javier Alarcón de Alcaraz, Conselleria de Salut i Consum.

Objetivos y líneas de investigación en curso

El objetivo de la Red es profundizar en el conocimiento relativo a las patologías mecánicas del raquis para mejorar constantemente la eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia de la práctica clínica a ellas referida. Por tanto, da prioridad a los proyectos de investigación clínica y en servicios de salud, aunque también puede acometer proyectos de investigación básica si sus resultados pueden tener repercusiones prácticas y son posteriormente contrastados mediante los oportunos estudios clínicos.

La actividad investigadora de la Red se estructura en siete áreas temáticas: “Etiopatogenia y fisiopatología de la aparición y persistencia de los síndromes mecánicos del raquis”, “efecto de la ergonomía y la biomecánica en la vida cotidiana”, “prevención de los síndromes mecánicos del raquis”, “diagnóstico y evaluación del paciente”, “tratamiento y estrategia terapéutica”, “práctica clínica” e “impacto social y eco-

nómico de los síndromes mecánicos del raquis en la sociedad balear”.

Los grupos que constituyen la Red ya han realizado estudios enmarcados en cada una de esas áreas.⁵⁻²⁷ Entre los que actualmente están en curso destacan: La adaptación transcultural y la validación de un instrumento para medir las conductas de miedo y evitación en los pacientes con lumbalgia; el estudio de la correlación entre la intensidad de la lumbalgia, el grado de incapacidad debida a ella, las creencias y conductas de miedo y evitación por parte del paciente, y su merma de calidad de vida; el desarrollo de modelos predictivos que permitan identificar precozmente a los pacientes con mayor riesgo de cronificación; el estudio de la variabilidad de la práctica clínica referida a la lumbalgia, la optimización de los instrumentos de valoración de la sintomatología, la realización de varios ensayos clínicos sobre diversas estrategias para la prevención (primaria y secundaria) y el tratamiento de la lumbalgia, y la realización de revisiones sistemáticas de la evidencia científica disponible sobre la eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia de la electroterapia para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica; el tratamiento conservador y quirúrgico de la estenosis espinal; la artrodesis instrumentada y la no instrumentada; y la antibióticoterapia, la quimionucleolisis, la nucleotomía percutánea, las prótesis de núcleo pulposo, la ozonoterapia y el IDET (electrotermocoagulación intradiscal) para el tratamiento de las fisuras, protrusiones y hernias discales.

Origen

Desde su constitución en 1986, la Fundación Kovacs ha deseado potenciar la investigación médica de calidad en Baleares exigiendo el cumplimiento de los más estrictos criterios de calidad metodológica a sus proyectos y fomentando que se realizaran preferentemente en Baleares, para facilitar la participación de médicos baleares en ellos.

Como fruto de esa labor algunos equipos médicos se convirtieron en copartícipes habituales de los proyectos promovidos por la Fundación, y el número de médicos baleares vinculados a sus proyectos de investigación fue aumentando constantemente hasta que resultó conveniente constituir formalmente una Red que contara con mecanismos explícitos de organización y funcionamiento. Así nació la Red Balear de Investigadores en Dolencias de la Espalda, compuesta por equipos que han colaborado en diversos estudios ya publicados,⁵⁻²⁷ y por otros grupos clínicos

y emergentes que participan en los proyectos en curso.

Métodos de trabajo

Cualquiera de los grupos adheridos a la Red puede proponer un proyecto de investigación de la Red. La Fundación Kovacs asegura la dirección científica y la coordinación organizativa de la Red, y sus misiones esenciales son asegurar que todos los grupos de la Red interactúan intelectualmente en el diseño de los proyectos de investigación, garantizar que éstos cumplen los más estrictos estándares de calidad científica, y organizar su puesta en marcha, gestión económica y coordinación operativa.

El desarrollo de cada proyecto se estructura en cinco fases sucesivas; definición, invitación, protocolización, realización y edición. El objetivo de la fase de definición es elaborar un resumen estructurado que defina el objetivo y la metodología del estudio, y esboce su diseño y plan de trabajo. Ese resumen es elaborado por el grupo investigador que propone el proyecto, eventualmente con la ayuda de la dirección científica de la Red.

El objetivo de la fase de invitación es definir qué grupos investigadores están interesados en participar en el proyecto. En esa fase el resumen estructurado es distribuido a todos los grupos investigadores, con el fin de identificar a todos aquellos interesados en participar operativamente en su desarrollo y enriquecer el resumen estructurado inicial con la aportación intelectual de todos los grupos de la Red, asegurando así la sinergia y coordinación de su actividad.

El objetivo de la fase de protocolización es elaborar el protocolo detallado del proyecto y asegurar que su oportunidad y calidad científica son óptimas, de manera que el esfuerzo que supone su realización genere unos resultados realmente aplicables y relevantes. La primera versión del protocolo es elaborado por el o los grupos que proponen el proyecto, teniendo en cuenta las aportaciones que en la fase de invitación han realizado los demás grupos. Esa versión del protocolo es enviado de nuevo a todos los grupos, para que lo revisen críticamente y eventualmente lo enriquezcan con nuevas aportaciones. El protocolo así enriquecido puede ser sometido a una revisión adicional por expertos ajenos a la Red en los casos en los que el Director de la Red lo estima preciso. La versión final es evaluada una vez más por la agencia cofinanciadora a la que se presenta (Figura 1). Con estas evaluaciones sucesivas se persigue

garantizar, antes de invertir el esfuerzo y los recursos necesarios para realizar un proyecto, que sus objetivos son realmente oportunos y que es metodológicamente riguroso, de manera que sus resultados serán útiles y suficientemente fiables como para poder ser aplicados.

El objetivo de la fase de realización es llevar el protocolo a la práctica, aplicándose diversos mecanismos de control de calidad para asegurar que su ejecución se ajusta a lo definido en su protocolo (Figura 1). Aunque todos los grupos participan en la fase de diseño, cada uno puede decidir en qué otras fases puede participar activamente a la luz de su capacidad, experiencia previa y área de especialización. La Fundación Kovacs pone la infraestructura de la Red al servicio de todos los proyectos que interesen a dos o más grupos investigadores, y coordina junto con el investigador principal de cada proyecto la participación de los distintos grupos que intervienen en cada fase. Así se constituyen "subredes operativas" más eficientes, compuestas por todos los grupos que participan activamente en cada proyecto concreto sin el lastre operativo que supondrían los que en esa fase no pueden contribuir significativamente a su desarrollo.

El objetivo de la fase de edición es elaborar el artículo científico al que el estudio da lugar. Su borrador inicial es realizado por el grupo que ha liderado el proyecto, bajo la coordinación del investigador principal, y después es enriquecido y aprobado por los demás grupos participantes.

Financiación

La financiación de la ReBIDE es asumida por la Fundación Kovacs, aunque varios de sus proyectos son cofinanciados por entidades públicas (Fondo de Investigaciones Sanitarias, Comisión Europea, etc.) o privadas.

Los grupos que integran la Red tienen especial interés por asegurar la imparcialidad de su labor científica y por seguir trabajando con el grado de eficiencia y transparencia demostrado hasta ahora. Por eso quieren seguir evitando las interferencias que en el ámbito de la investigación biomédica pueden generar las entidades privadas con ánimo de lucro, así como las ineficiencias que pueden emanar de la rigidez burocrática que a veces imponen algunas entidades públicas. Por eso, los recursos que las entidades públicas o privadas pueden destinar a financiar algún proyecto de la Red se canalizan a través de la Fundación Kovacs. La Fundación asume la Secretaría

organizativa de la Red y asegura la total desvinculación de las eventuales entidades cofinanciadoras del desarrollo operativo de los proyectos de investigación, actuando además como pantalla entre esas entidades y los grupos investigadores.

Evidentemente esas entidades tienen acceso al protocolo de investigación, para poder valorar su cofinanciación, y se le comunican los resultados del proyecto una vez éste ha finalizado, pero en ningún caso tienen acceso al equipo investigador ni pueden decidir sobre los aspectos técnicos relativos a su diseño y ejecución, incluyendo la resolución de los eventuales imprevistos que surjan durante su ejecución y el análisis estadístico de los resultados. Además, todos los proyectos de investigación que se acometen dan lugar a una publicación científica, con independencia del sentido de sus resultados, en la que se indica de forma explícita el origen de los fondos destinados a su financiación.

Participación en la ReBIDE

Para ser considerado como un investigador de la Red es necesario participar activamente en alguno de sus proyectos. Todos los investigadores que participan en un proyecto lo hacen de manera voluntaria y exclusivamente por su interés científico. Todos ellos son considerados autores del artículo o artículos científicos a los que dé lugar el proyecto y ninguno percibe ninguna retribución económica por ello, aunque obviamente la Fundación Kovacs les reintegra los gastos en los que incurran como consecuencia de su participación (por ejemplo, gastos de desplazamiento). Los becarios contratados con cargo a un proyecto sí son retribuidos por su labor, pero no son considerados autores del artículo científico.

En la Red participan actualmente 35 investigadores de Mallorca, Menorca e Ibiza, entre los que se encuentran, además de médicos y metodólogos de la Fundación Kovacs, miembros del Servicio de Neurocirugía del Hospital de Son Dureta, todos los integrantes de la Unidad de Columna Vertebral del Hospital de Son Dureta, y equipos de atención primaria de Mallorca, Menorca e Ibiza.

No obstante, la Red es una estructura constantemente abierta a todos los clínicos e investigadores con interés en este campo. En la práctica, para adherirse a ella basta dirigirse a la Secretaría de la Red, expresando su interés y adjuntando los datos de localización (nombre, especialidad y lugar de trabajo, número de teléfono fijo y móvil, correo electrónico,

número de fax y dirección). Se recomienda hacerlo por correo electrónico (kovacs@kovacs.org), aunque también se puede hacer por fax (971 72 07 74) o carta a la Fundación Kovacs (Paseo Mallorca 36, 3º, 1ª, 07012 Palma de Mallorca).

La Secretaría de la Red responderá enviando una descripción detallada de las características de la Red y un esquema de los proyectos de investigación en

curso, con el fin de que el interesado pueda confirmar su interés y decidir en cuál o cuáles de los proyectos quiere participar. Tan pronto como el investigador comienza su participación activa en el o los proyectos seleccionados, es considerado un miembro de la Red.

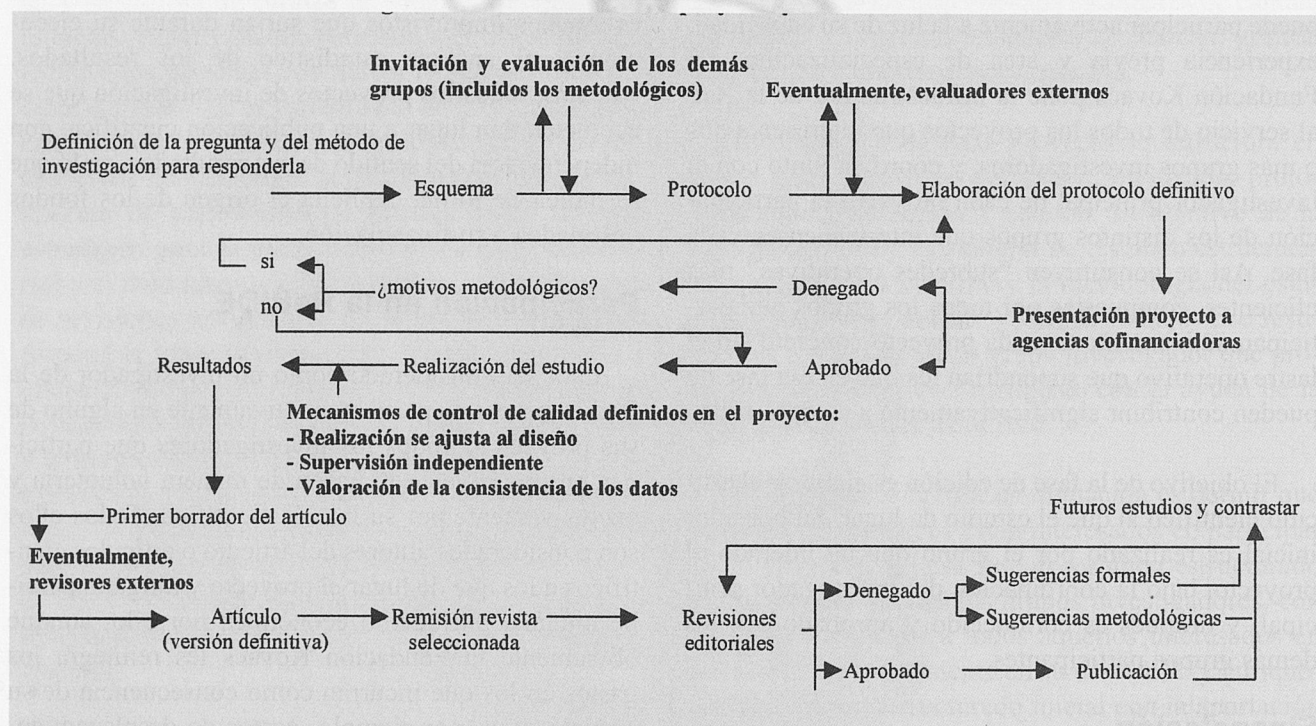


Fig.1. Desarrollo de cada proyecto y mecanismos de control de calidad.

Bibliografía

1. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995;62:233-240.
2. Waddell G. *The Back Pain Revolution*, 1998. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998a p. 71-2.
3. Conselleria de Sanitat i Consum. Enquesta de Salut de les Illes Balears. Govern de les Illes Balears. Palma de Mallorca, 2001 p. 36
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Contabilidad Nacional 2002*.
5. Kovacs FM, Abraira V, Zamora J, Fernández C. et al. Determinants of quality of life in the transition from acute to chronic low back pain (Submitted)
6. Grupo PIN Transferencia a la práctica rutinaria del Sistema Nacional de Salud de la investigación sobre el uso de la intervención neurorreflejo-terápica para el tratamiento de las patologías mecánicas del raquis, Resultado de una experiencia piloto. (Submitted)
7. Kovacs FM, Gil del Real MT, Abraira V, Llobera J, Gestoso M, Fernández C, and the Kovacs-Atención Primaria Group. Correlation between pain disability and quality of life in patients with common low back pain. *Spine* (In press)
8. Kovacs FM, Abraira V. Language bias in a systematic review of chronic pain: How to prevent the omission of non-English publications? *Clin J Pain* (In press)
9. Kovacs FM, Abraira V, Martín-Rodríguez JG, Peña A, Sánchez-Vera M, Ferrer E, Ruano D, Guillén P, Gestoso M, Muriel A, Zamora J, Gil del Real MT, Mufraggi N. Effect of the firmness of the mattress on

- chronic non-specific low back pain. A randomised, double-blind, controlled, multicentre trial. *The Lancet*: 2003;362:1599-1604.
10. Kovacs F.M., Gestoso M., Gil del Real M.T., López J., Mufraggi N., Méndez J.I. Risk factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study. *Pain* 2003;103:259-268.
 11. European guidelines for the management of low back pain. *Acta Orthop Scand (suppl 305)*2002;73:20-25.
 12. Kovacs FM., Llobera J., Gil del Real M.T., Abraira V., Gestoso M., Fernández C. La neurorreflejoterapia en la lumbalgia subaguda y crónica es efectiva y eficiente (EMB Edic. esp.) 2002;1:291-292.
 13. Kovacs F.M., Llobera J, Abraira V, Lázaro P, Pozo F, Kleimbaum D and the KAP group. Effectiveness and Cost-Effectiveness Analysis of Neuroreflexotherapy for Subacute and Chronic Low Back Pain in Routine General Practice. *Spine* 2002;27 (11):1149-1159
 14. Kovacs FM. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. *Semergen* 2002;28(1):1-3.
 15. Kovacs FM., Llobera J., Gil del Real M.T., Abraira V., Gestoso M., Fernández C. and the KAP group. Validation of the Spanish Version of the Roland Morris Questionnaire. *Spine* 2002;27 (5):538-542.
 16. Kovacs F.M., Gil del Real MT, Abraira V., Lazaro P., Pozo F., López J. El Web de la espalda (www.webde-laespalda.org); *Medicina de Familia*, junio 2001, Vol.2, Nº 2.
 17. Kovacs F.M., Gestoso M., Mufraggi N. La intervención neurorreflejoterápica en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica. *Dolor* 2001; 16; 88-91.
 18. Kovacs F.M., J. Llobera, V. Abraira, M.D. Aguilar, M. Gestoso, P. Lazaro y Grupo KAP; Evaluación económica de la Neurorreflejoterapia en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica. *Asociación Economía de la Salud*, González Fidalgo E., González López-Valcarcel B., Meneu de Guillerma R., Ventura Victoria J., eds. Barcelona 2001.
 19. Kovacs FM, Gestoso M, Mufraggi N, Gil del Real MT, Santos S, Martín M. Mejora de la salud laboral y reducción del absentismo por lumbalgia inespecífica. *Medicina del Trabajo*. Noviembre 2000 Volume 9 Nº 5.
 20. Kovacs FM, Gil del Real MT. Un estudio necesario, pero un Comité de Expertos superfluo. *Med Clíin (Barc)* 2000;115(16): 637-638.
 21. Kovacs F., Gil del Real MT. Is approval of acupuncture for back pain really evidence based?. *BMJ* Volume 321. 11 November 2000.
 22. Kovacs FM, Abraira V, Lázaro P, Grupo Web de la Espalda. Evaluación de la evidencia científica, actualización médica y divulgación sanitaria en Internet; El Web de la Espalda. *Rheuma* 2000, Mayo-Junio; 3:43-52.
 23. Peña A, Gestoso M, Kovacs FM, Mufraggi N. Escuela de la Espalda: Prevención y rehabilitación de las patologías mecánicas del raquis. *Rheuma* 1997, Sep; 5:16-22.
 24. Kovacs FM, Abraira V, Pozo F, Kleinbaum DG, Beltrán J, Mateo I, Pérez de Ayala C, Peña A, Zea A, González Lanza M, Morillas L. Local and Remote Sustained Trigger Point Therapy for Exacerbations of Chronic Low Back Pain. A randomized, Double-Blind, Controlled, Multicenter Trial. *Spine* 1997; 22:786-797.
 25. Kovacs FM, Abraira V, Pozo F, Kleinbaum DG, Beltrán J, Mateo I, Pérez de Ayala C, Peña A, Zea A, González Lanza M, Morillas L. La intervención neurorreflejoterápica (NRT) en la lumbalgia inespecífica crónica. *Rev Esp Reumatol* 1996; 23: 206.
 26. Kovacs FM, Mufraggi N, Gestoso M. La intervención neurorreflejoterápica en la patología mecánica del raquis. *Rev Iberoam Rehab Med* 1994; 47: 89-104.
 27. Kovacs FM, Abraira V, López-Abente G, Pozo F. La intervención neurorreflejoterápica en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica: un ensayo clínico controlado, aleatorizado, a doble ciego. *Med Clíin (Barc)* 1993; 101: 570-575.

Premis

L'aportació econòmica d'una sèrie de famílies de tradició mèdica i de diferents empreses del sector sanitari illenc ha permès l'ampliació de la relació de premis d'investigació de la nostra Corporació.

A la llista de un premi propi i cinc patrocinats s'han d'afegir per al curs 2004 sis premis patrocinats més: el "Premi Gabriel Escarrer", per al millor estudi sobre el tema de la salut del viatger; el "Premi Grup Fer", per al millor estudi sobre medicina veterinària;

el "Premi Air Europa", per al millor treball sobre medicina aeronàutica; el "Premi metges Rosselló" per al millor treball sobre urologia i andrologia; El "Premi TIRME", per al millor estudi sobre sanitat mediambiental i, finalment, el "Premi Fundació Mateu Orfila", a la trajectòria d'un professional de la salut.

La dotació, com els altres premis patrocinats, és de 1.500 Euros i diploma per a cada un d'ells.



D'esquerra a dreta, el Dr. Álvaro Hebrero (Air Europa), D. Fausto Ferrero (Grup Fer), el Dr. Alfonso Ballesteros, D^a. Lourdes Picó (Fundació Mateu Orfila), els Doctors Rosselló Barberà, Rosselló Cabanes i el Sr. Rosselló Gayà.



Signatura del conveni amb el Director Gerent de TIRME, D. Ángel Fernández.



D'esquerra a dreta, el Dr. Álvaro Hebrero, el Dr. Ballesteros i D. José Hidalgo, President del Grupo Globalia.

Sessió conjunta

Dia 23 de novembre es va celebrar una sessió conjunta amb la Reial Acadèmia d'Enginyeria d'Espanya, amb motiu de dur-se a terme a Palma les Jornades Nacionals sobre Enginyeria del Medi Ambient. Acudí a l'acte un públic nombrós.

Varen intervenir a la sessió el Dr. Elias Ferreres, acadèmic de la Reial Acadèmia d'Enginyers i el Professor Henry Vaux, vicepresident de la Universitat de Berkeley, a Califòrnia, que llegiren les conclusions del Simposi Interacadèmic dels Estats Units d'Amèrica i Espanya sobre recursos

hídrics; El Professor Francesc Bujosa, membre de la nostra corporació, va parlar de "Les topografies mèdiques, antecedents dels estudis de Medi Ambient"; finalment, el Professor Norbert Kroo, membre de l'Acadèmia Hongaresa de Ciències, va dissertar sobre "Làser i Medi Ambient", tot destacant les seves aplicacions pràctiques a l'àrea de la medicina humana.

Al final de l'acte, l'esmentat Professor Kroo va rebre el títol i medalla d'acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia d'Enginyers d'Espanya.

Nous acadèmics corresponents

En sessió extraordinària, dia 9 de desembre, foren elegits acadèmics corresponents els Srs. Miquel Àngel Limón, vicepresident de l'Ateneu de Maó, i Josep M. Vidal, coordinador científic de l'Institut Menorquí d'Estudis. Tots dos varen ésser extraordinaris col·laboradors en l'organització dels

actes commemoratius del 150 aniversari de la mort del Dr. Mateu Orfila. La Reial Acadèmia es congratula i confia en ells per prolongar les activitats corporatives a l'illa germana de Menorca.

Sessió inaugural del curs 2004

Presidida per Jaume Matas, president del Govern de les Illes Balears, acompanyat d'Alfonso Ballesteros, president de la Reial Acadèmia de Medicina; Pere Rotger, president del Parlament; Aina Castillo, consellera de salut i consum i Ricard Tur, comandant militar de Mallorca, dia 22 de gener es va celebrar la sessió inaugural del curs acadèmic 2004. Ocupà un lloc preferent el Sr. Jean Dausset, acadèmic d'honor de la nostra Corporació.

En les seves paraules d'obertura, Alfonso Ballesteros va recordar els moments difícils viscuts per l'Acadèmia els darrers anys, degut a l'oblit de determinades institucions de les Illes i superats gràcies a la col·laboració de diverses persones i entitats. El president va cloure el seu parlament tot confiant en la cristallització de la voluntat de suport expressada per les autoritats polítiques actuals.

Acte seguit el secretari general va llegir la memòria acadèmica. En acabar, el Prof. Francesc Bujosa va pronunciar el discurs inaugural que va dur per títol "La transmissió del coneixement mèdic: mitjà i missatges". El Prof. Bujosa, va

detallar l'evolució dels mitjans de transmissió dels coneixements i de les corrents de pensament des de l'antiguitat als nosres dies, amb particular atenció als fets que expliquen la revolució científica viscuda des del s XVII.

A continuació, el secretari general va donar lectura a la relació de projectes becats i de treballs guanyadors dels premis convocats pel curs acadèmic 2003. Segueix el lliurament de la "Cèdula fundacional 1788" i els diplomes d'acadèmic corresponent per elecció.

Acte seguit, el president del Govern de les Illes Balears dirigí unes paraules als assistents, tot assenyalant la seva satisfacció de poder presidir la cerimònia. Va destacar la bona sintonia amb la corporació i va expressar la voluntat de cercar una solució satisfactòria per a la institució científica més antiga de Balears. En acabar, en nom de S.M. el Rei va declarar inaugurat el curs 2004.



Signatura i Presidència de la Sessió inaugural del curs 2004.

Nou acadèmic numerari

Dia 2 de desembre de 2004 ingressava com a nou acadèmic numerari de la nostra Corporació el M. I. Dr. José Luis Olea Vallejo, que va llegir el discurs “La historia de la refracción”. El president Alfonso Ballesteros va pronunciar el discurs de contestació, donant la benvinguda i imposant després al nou membre la medalla de l'Acadèmia.



El Dr. J. L. Olea llegint el seu discurs d'ingrés.

Distincions de l'Acadèmia


Dia 9 de desembre varen ésser concedides dues distincions “Cèdula Fundacional 1788” creada per agrair a persones físiques o jurídiques els serveis i col·laboracions prestats a la Reial Acadèmia.

La primera va ésser per Banca March, pel seu continuat i decisiu suport al manteniment i ordenació dels arxius i biblioteca de l'Acadèmia.

El Professor Amador Schüler, president de la Reial Acadèmia Nacional de Medicina, va rebre la segona distinció, com a mostra de reconeixement per la seva col·laboració amb motiu de l'organització dels homenatges acadèmics retuts a la memòria de Mateu Orfila.

Premi Ramon Llull

El nostre company i vicepresident de la Corporació, el M. I. Sr. Josep Miró Nicolau ha estat distingit pel Govern de les Illes Balears amb el Premi Ramon Llull. Serveixin aquestes línies com a mostra de felicitació i simpatia.

ORIS
Swiss Made Watches
Since  1904

It's High-Mech.

Oris Miles Worldtimer



En el corazón de cada Oris
late un rotor rojo.

DESDE 1925
Nicolas
JOYERO

Avda. Antonio Maura, 14 - 07012 Palma de Mallorca
Tel. 971 72 28 89 Fax 971 72 30 50
nicolasjoyero@terra.es

www.oris.ch

Actividad donacion-trasplante. Hospital Universitario de Son Dureta. 1989-2003

Julio Velasco Roca, José Ignacio Ayestarán, Jon Pérez Bárcena

Resumen

España es el país con la tasa (nº por millón de población) de donaciones y trasplantes de órganos sólidos mayor del mundo. El Hospital Universitario de Son Dureta (HUSD) ha contribuido de forma progresiva e importante a esta actividad desde 1989. El éxito de esta actividad de donación-trasplante de órganos depende del trabajo en equipo de muchos profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital y de la Comunidad, con diferentes características y motivaciones. Es como una cadena con múltiples eslabones que no se pueden romper, con una finalidad común y única, que es la extracción de órganos, de pacientes que han evolucionado a la muerte a pesar de nuestros esfuerzos terapéuticos, para su posterior trasplante a pacientes que están en la fase terminal o irreversible de sus enfermedades. Sin un personal sanitario concienciado sobre la importancia de la donación de órganos, es difícil sacar adelante los procesos hospitalarios de donación-trasplante.

Actualmente el HUSD esta plenamente identificado con la actividad de donación-trasplante de órganos, después de muchos años de trabajo, esfuerzo e ilusión. Esta actividad médica tiene un componente humano importante, tanto para las familias de los donantes con las que se mantiene un vínculo muy especial, como para los pacientes que están esperando algún órgano.

El éxito profesional y social de esta actividad supone un prestigio para todos los profesionales que trabajamos en el HUSD, sus unidades generadoras de donantes y la Comunidad Balear.

Introducción histórica

Después de una primera fase, corta y lejana, se reemprendió la actividad de donación-trasplante en el

HUSD en el año 1987. A partir del impulso inicial del Dr. Pedro Marsé (Coordinador Autonómico de Trasplantes) y del Dr. Julio Velasco (Coordinador Hospitalario), médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos del HUSD, junto con la Gerencia-Dirección Médica del hospital, se fue creando, durante los primeros años, la infraestructura necesaria. Se formaron los diferentes equipos que participarían en la actividad de extracción y trasplante (renal y de córneas), se establecieron y consensuaron los diferentes protocolos de actuación y junto con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), que se estructura como tal en 1987, se consiguió el primer donante de órganos el 11 de diciembre de 1989, donante multiorgánico de 15 años de edad, cuyos órganos una vez extraídos fueron implantados en hospitales de la Península. Se había hecho una correcta detección del donante, un adecuado mantenimiento y una precisa coordinación de toda la actividad inherente a una extracción multiorgánica. Desde entonces, se han detectado 213 donantes de órganos y se han trasplantado 310 riñones (desde el 4 de enero de 1990), en el HUSD.

En la actualidad el equipo de Coordinación de Trasplantes Hospitalario del HUSD está formado por los Dres. Julio Velasco, José Ignacio Ayestarán, Javier Homar y Jon Pérez, médicos especialistas en Medicina Intensiva, que desarrollan su actividad clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUSD. Como servicio hospitalario, la Coordinación de Trasplantes depende desde el punto de vista jerárquico y administrativo de la Dirección Médica del hospital.

Actividad de donación

Desde el año 1989 en que se produce la primera donación, se han obtenido 213 donantes de órganos, con un aumento progresivo en los últimos años Fig. 1. En 2002 la tasa de donación por millón de población (pmp) fue de 36.0 para la Comunidad Balear (sobre un total de 33 donaciones), habiéndose generado 31 donantes en HUSD, siendo la quinta

Comunidad en todo el Estado con una tasa mayor de donación (tasa nacional del 33,7 pmp) Fig 2.

Todas las donaciones se han producido como consecuencia de la evolución del paciente a la Muerte Encefálica (99,53%), excepto una donación renal de vivo, de madre a hijo en 1993.

Donantes Multiorgánicos

Un donante lo puede ser de 7 órganos sólidos, corazón, hígado, pulmones (2), riñones (2) y páncreas. Una característica importante de los donantes generados en el HUSD, es que un 78,87% (168 donantes) son multiorgánicos. Es decir, donantes de los se extraen e implantan, respectivamente, al menos uno o dos riñones más un órgano extrarrenal o bien al menos dos órganos extrarrenales. Esto implica que en

el HUSD han generado muchos órganos para ser trasplantados (398 órganos sólidos).

Este porcentaje de donantes multiorgánicos es parecido a la media estatal, con cifras que oscilan según los años entre el 80 y el 90%.

Características de los Donantes

La edad media de los donantes ha sido de 36,74 años con un rango de edad muy amplio entre los 16 meses y los 77 años. Como en el resto del estado se ha ido produciendo un aumento progresivo en la edad de los donantes, en relación, probablemente, a la causa de Muerte Encefálica (M.E.), siendo actualmente más frecuente la hemorragia cerebral (60%) que los Traumatismos Craneoencefálicos. El 64% de los donantes tienen más de 45 años y el 34% más de

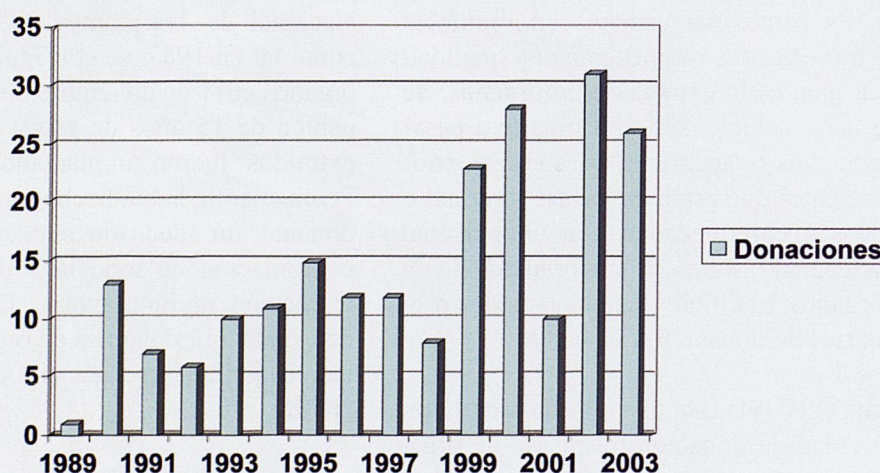


Fig. 1. Evolución de las donaciones: 1989-2003.

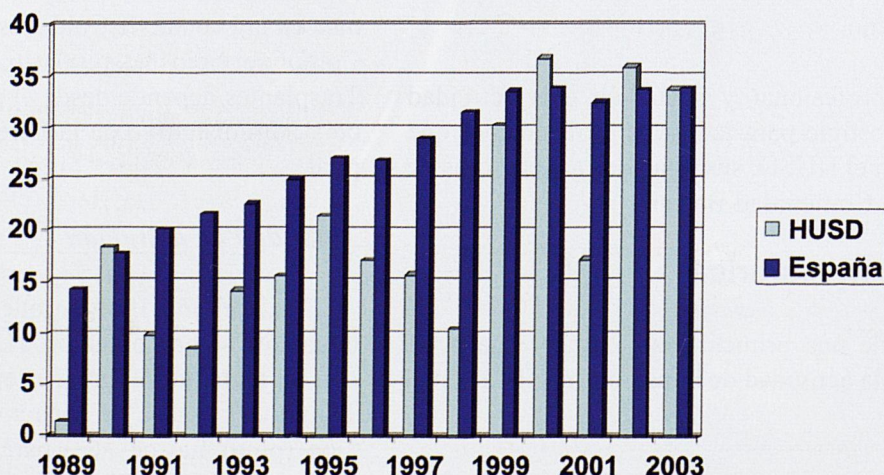


Fig. 2. Evolución tasa de donación por millón de población (pmp).1989-2003.

60 años Fig 3. ay un predominio de donantes masculinos (67,14%) Fig. 4, así como de donantes del grupo sanguíneo 0 y A con una proporción del 44,13 y 42,25%, respectivamente Fig. 5.

En cuanto a la distribución de los donantes por meses hay un predominio en los meses de julio y agosto con respecto a los demás meses del año, no correlacionándose con ninguna causa concreta de

M.E. Fig. 6.

Causas de Muerte Encefálica:

La mayoría de los donantes de órganos sólidos (96%) provienen de pacientes que evolucionan a la Muerte Encefálica (donantes a corazón latiente), definida como el cese total e irreversible de las funciones del tronco encefálico y de los hemisferios cerebrales.

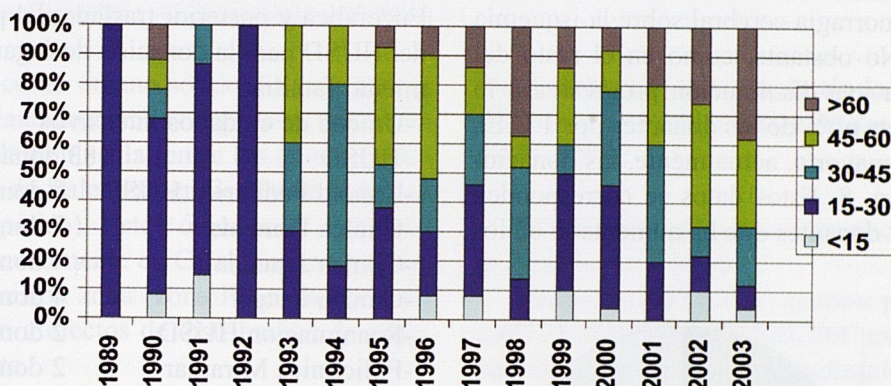
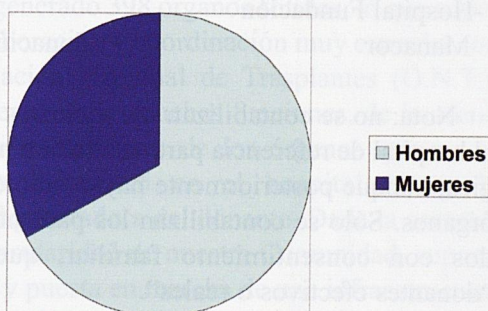
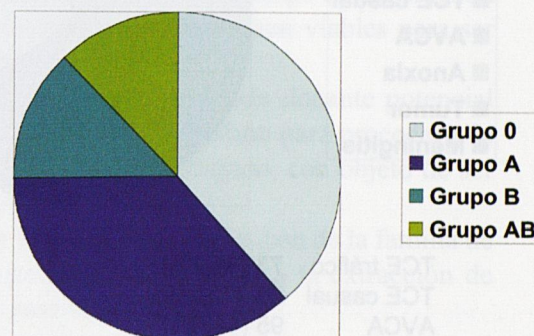


Fig. 3. Distribución de las donaciones por edad.



Hombres 143 (67%)
Mujeres 70 (33%)

Fig. 4. Distribución de los donantes por sexo.



Grupo 0: 94 (44,1%)
Grupo A: 90 (42,2%)
Grupo B: 21 (5,8%)
Grupo AB: 8 (3,7%)

Fig. 5. Distribución por grupo sanguíneo.

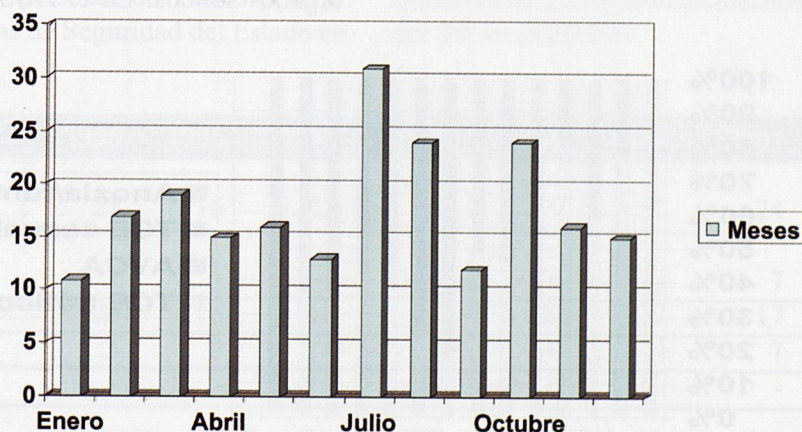
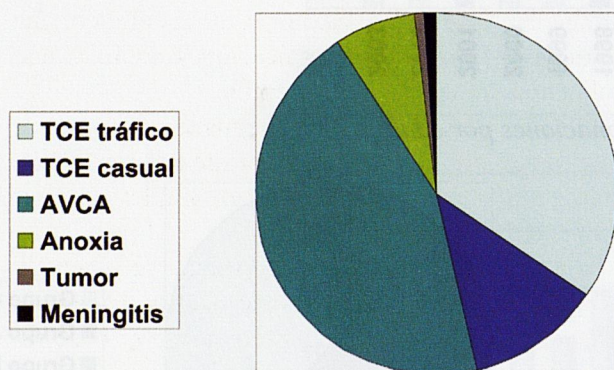


Fig. 6. Distribución del número de donantes por meses

El resto de donaciones provienen de donantes vivos (hemihepatectomías, riñones) y de donantes en parada cardiorrespiratoria (donantes en asistolia).

La causa más frecuente de Muerte Encefálica ha sido el traumatismo craneoencefálico (T.C.E.) secundario a accidente de tráfico, casual y laboral (46,48%) seguida, por un margen estrecho, de los Accidentes Cerebro Vasculares Agudos (A.V.C.A.) en una proporción del 44,60%, con un predominio absoluto de la hemorragia cerebral sobre la isquemia cerebral Fig. 7. No obstante, como en el resto del estado, se registra una disminución progresiva a lo largo de los años en el % de los donantes por T.C.E., mientras que son mayoría, actualmente, las donaciones por AVCA Fig. 8. Estos datos se corresponden con la edad de los donantes que ha aumentado en los últimos años.



TCE tráfico	73 (34,2%)
TCE casual	26 (12,2%)
AVCA	95 (44,6%)
Anoxia	15 (7%)
Tumor	2 (0,9%)
Meningitis	1 (0,5%)

Fig. 7. Distribución según la causa de muerte.

Unidades Generadoras de los Donantes de Organos

La mayoría de los donantes de órganos (85,92%) se han generado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del HUSD, donde esta actividad está plenamente integrada y consolidada dentro del Servicio. Es importante remarcar la colaboración, cada vez más importante, de otros hospitales públicos y privados donde se ha hecho el diagnóstico clínico de Muerte Encefálica y posterior traslado del paciente a la UCI del HUSD para la donación de órganos tras consentimiento familiar.

-Unidad de cuidados intensivos

HUSD	183 donaciones (85,92%)
-Unidad Pediátrica HUSD	8 donaciones (3,76%)
-Clínica Femenía	7 donaciones (3,29%)
-Clínica Juaneda	4 donaciones (1,88%)
-Clínica Rotger	4 donaciones (1,88%)
-Reanimación HUSD	2 donaciones (0,94%)
-Policlínica Miramar	2 donaciones (0,94%)
-Hospital Monte Toro Menorca	1 donación (0,47%)
-Hospital de Muro	1 donación (0,47%)
-Hospital Fundación Manacor	1 donación (0,47%)

Nota: no se contabilizan los pacientes trasladados al hospital de referencia para valoración neuroquirúrgica, aunque posteriormente hayan sido donantes de órganos. Sólo se contabilizan los pacientes trasladados con consentimiento familiar, que han sido "donantes efectivos o reales".

Órganos generados en HUSD y trasplantados en otras Comunidades:

Dado el tanto por ciento tan elevado de "donantes multiorgánicos" (78,87%) se han generado muchos órganos sólidos. En el HUSD sólo se realizan tras-

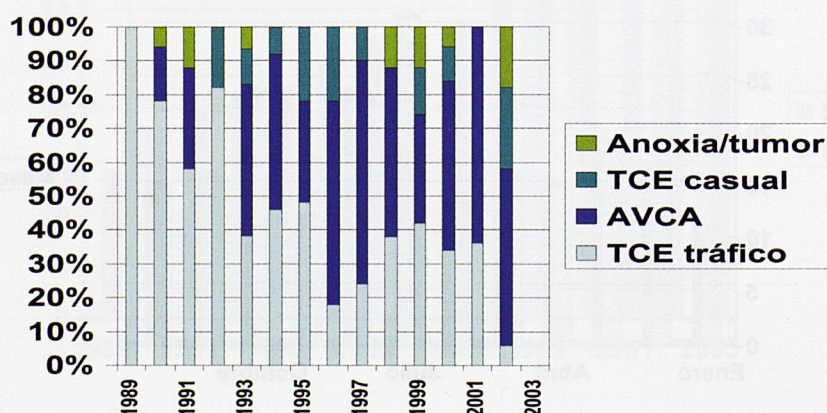


Fig. 8. Evolución de las causas de muerte encefálica.

Destino	Corazón	Hígado	Pulmón	Páncreas	Riñón	TOTAL
Cataluña	35	147	18	24	82	306
Madrid	14	12	5	-	19	50
Andalucía	8	3	3	-	1	15
Europa	1	-	-	-	6	7
Otros	13	5	2	-	-	20
TOTAL	71	167	28	24	108	398

Otros: Navarra, Cantabria, Galicia, Valencia, Murcia

plantes de riñón como órgano sólido, lo que implica que se han trasplantado muchos órganos a pacientes en hospitales de la Península (entre los que se incluyen los pacientes de Baleares pendientes de trasplante cardíaco y hepático). Estos órganos se han trasplantado fundamentalmente en Cataluña, ya que pertenecemos a la misma zona (zona II) en la que está dividido el estado a efectos de distribución de órganos para trasplante.

Se han generado 398 órganos sólidos, lo que supone una colaboración y coordinación muy estrecha con la Coordinación Nacional de Trasplantes (O.N.T.), encargada entre otras muchas funciones, de la oferta y distribución equitativa de los órganos que no se pueden trasplantar ni en el hospital ni en la Comunidad generadora del donante. Dada la característica de Insularidad de nuestra Comunidad, supone la creación y puesta en marcha de una infraestructura importante en la que participan, por una parte el hospital generador del donante, el hospital u hospitales receptores de los órganos a trasplantar coordinados por la O.N.T., y por otra parte, una serie de profesionales con características y motivaciones muy diversas, como por ejemplo, personal de ambulancias coordinadas por el 061, personal de vuelos y aeropuertos, así como Fuerzas de Seguridad del Estado en alguna ocasión.

Evolución del proceso desde la detección de Muerte Encefálica hasta la donación real: 1995-2003

Detecciones: pacientes con el diagnóstico clínico de Muerte Encefálica.

Donante potencial de órganos: paciente diagnosticado de Muerte Encefálica, por examen clínico, una vez descartadas las contraindicaciones médicas que implican un riesgo para el receptor.

Contraindicación médica: paciente portador de una enfermedad que implica un riesgo de transmisión al receptor o cuyos órganos no son viables para ser trasplantados.

Donante real de órganos: todo donante potencial de órganos que entra en quirófano para proceder a la extracción de al menos un órgano, con objeto de ser trasplantado a un receptor.

Negativa familiar: no autorización de la familia de un donante potencial de órganos a la extracción de sus órganos para trasplante.

Dentro de las contraindicaciones médicas más frecuentes destacan el fallo multiorgánico y la historia oncológica previa. El tanto por ciento de parada cardíaca, durante el mantenimiento del donante (cadáver) de órganos, que llega a ser causa de fracaso de donación en el 10-30% en muchos hospitales, es sólo del 2% en el HUSD.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Detecciones	21	15	21	35	53	51	24	56	42
Contraindicaciones									
Médicas	1	-	4	20	25	14	7	13	10
Donante Potencial	20	15	17	15	28	37	17	43	32
Negativa Familiar	5	3	5	7	4	9	7	11	6
Negativa Judicial	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Donante Real	15	12	12	8	23	28	10	31	26

Negativas Familiares:

A pesar de que la Legislación actual establece el “consentimiento presunto” a la donación, por la cual todos somos donantes de órganos si no hemos dejado constancia de nuestra oposición en vida, a la misma, siempre se solicita el “consentimiento expreso” a la familia sobre la voluntad que el potencial donante había expresado en vida. Ante la negativa familiar nunca se procede a la extracción de órganos. El porcentaje de negativas familiares a la donación se calcula en relación al total de entrevistas realizadas. El porcentaje de negativas familiares en el HUSD oscila entre el 20-25%, algo superior que a nivel estatal (20-23%), con algunas desviaciones puntuales Fig. 9

El motivo más frecuente por el que las familias se niegan la donación de órganos es el “no porque no” que encierra diversos motivos, siendo los más frecuentes el no asumir la muerte, la insatisfacción con la atención médica prestada al paciente, querer man-

tener la integridad del cadáver y el rechazo general al Sistema Sanitario. La voluntad expresada en vida por el paciente de no donar sus órganos es otra de las causas frecuentes de negativa a la donación. Hay que señalar que en nuestra Comunidad hay un tanto por ciento elevado de población extranjera que característicamente se negaba a la donación de órganos (escasa integración, barrera idiomática,...), habiendo cambiado esta actitud de forma importante en los últimos 2-3 años.

Trasplantes renales en HUSD:

Desde el año 1989 se han generado 425 riñones, de los cuales se han trasplantado 310 (desde el 4 de enero de 1990) en el HUSD Fig. 10, lo que supone una experiencia quirúrgica consolidada. Se han enviado y trasplantado 108 riñones a la Península, siendo la causa más frecuente la ausencia de receptores compatibles en el HUSD. Hemos recibido e implantado 26 riñones de otros Centros hospitalarios

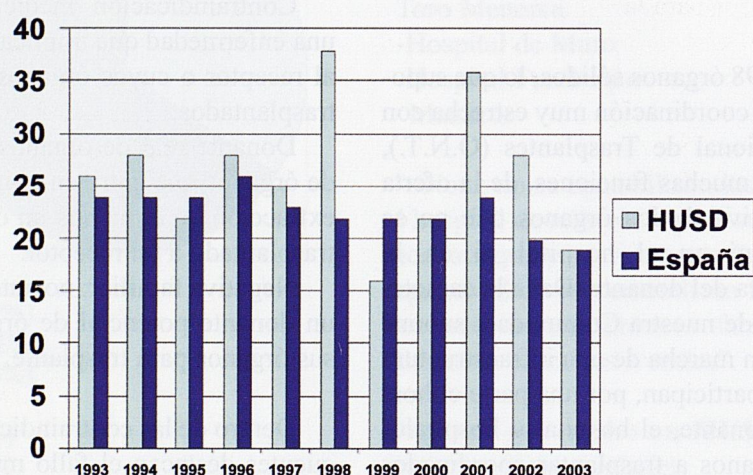


Fig. 9. Evolución del porcentaje de negativas para la donación.

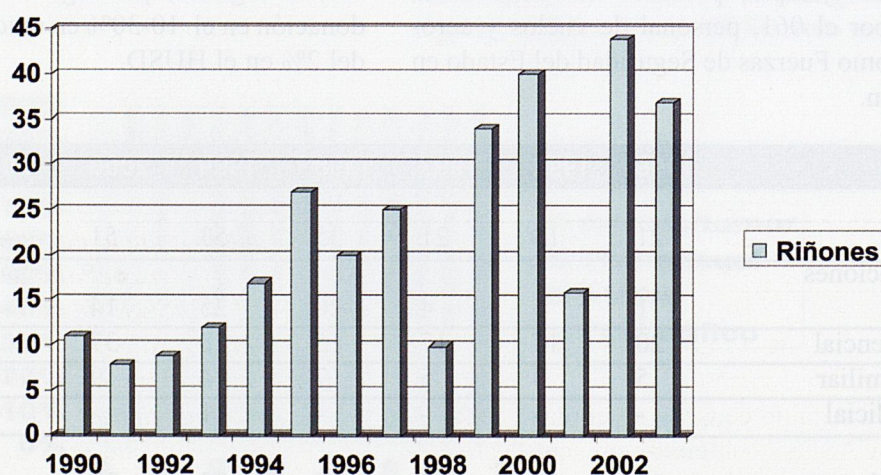


Fig. 10. Trasplantes Renales HUSD.

(en los últimos 2 años recibimos los riñones generados en el Hospital Monte Toro de Menorca y Hospital Can Misses de Ibiza), y se han desechado para trasplante 33 riñones, principalmente por nefroangiosclerosis. Es importante remarcar que durante los primeros años del programa de trasplante renal (1990-1993) en el HUSD, se decidió trasplantar únicamente un riñón de cada donante generado, con la finalidad de ir adquiriendo la experiencia necesaria, tanto por parte de los equipos quirúrgicos como de los médicos y enfermeras implicadas en el trasplante.

Obtención de riñones:

Riñones desechados: riñones no válidos para trasplante debido a alteraciones morfológicas, vasculares o histológicas.

Riñones enviados a otros centros para ser trasplantados: Causas

- Falta de receptores compatibles	33
- Inicio programa trasplantes	18
- Problemas logísticos para la extracción/implante	14
- Riñones de donantes pediátricos	12
- Necesidad de estudio histológico	8
- Trasplante riñón-páncreas	7
- Riñones de donantes añosos > 60 años	6
- Riñones de donantes portadores de AgVHB	5
- Riñones de donantes portadores de AgVHC	5
Total:	108

Los riñones de los donantes portadores de AgVHB y AgVHC pueden ser trasplantados a receptores portadores del AgVHB y AgVHC, respectivamente.

Relación de centros hospitalarios receptores de los riñones generados en HUSD

- Hospital Bellvitge de Barcelona	37
- Hospital Clínic de Barcelona	27
- Hospital Vall D'Hebrón de Barcelona	15
- Hospital 12 de Octubre de Madrid	13
- Eurotrasplant	6
- Fundación Puigvert de Barcelona	2
- Hospital La Paz de Madrid	2
- Hospital Clínico San Carlos de Madrid	2
- Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona	1
- Hospital Ramón y Cajal de Madrid	1
- Hospital Gregorio Marañón de Madrid	1
- Hospital Reina Sofía de Córdoba	1
Total:	108

Riñones recibidos de otros centros hospitalarios para ser trasplantados en HUSD

- Hospital Can Misses de Ibiza	6
- Hospital Monte Toro de Menorca	6
- Hospital Bellvitge de Barcelona	4
- Hospital Clínic de Barcelona	4
- Hospital Miguel Server de Zaragoza	1
- Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona	1
- Hospital Virgen de la Reixaca de Murcia	1
- Hospital 12 de Octubre de Madrid	1
- Hospital Infanta Cristina de Badajoz	1
- O.N.T.	1
Total:	26

Donación y trasplante de córneas

De la donación de tejidos hay que destacar las córneas obtenidas de los donantes en Muerte Encefálica. Desde 1989, se han extraído 313 córneas, habiéndose implantado 240 en el HUSD.

	Generados	Enviados	Recibidos	Desechados	Trasplantados
1989	2	2	-	-	-
1990	26	12	-	3	11
1991	14	6	-	-	8
1992	12	3	-	-	9
1993	19	7	-	-	12
1994	22	4	1	2	17
1995	30	3	5	5	27
1996	24	4	1	1	20
1997	24	1	2	-	25
1998	16	3	1	4	10
1999	46	9	1	4	34
2000	56	15	1	2	40
2001	20	2	2	4	16
2002	62	15	3	6	44
2003	52	22	9	2	37

Agradecimiento

Con la publicación de este artículo, la Coordinación de Trasplantes del Hospital Universitario de Son Dureta, formada por los Dres. Julio Velasco, José Ignacio Ayestarán, Javier Homar y Jon Pérez, queremos agradecer el esfuerzo realizado por todos los profesionales implicados en el proceso de donación y trasplante del HUSD y de la Comunidad Balear. De forma muy especial, queremos agradecer a todas aquellas personas que de forma totalmente altruista, generosa y solidaria han hecho donación de sus órganos. Gracias a ellos y a sus familiares, en momentos muy difíciles de sus vidas, hay muchas personas que han conseguido vivir y/o mejorar su calidad de vida. "Donar es regalar vida", gracias.

Bibliografía

1. Datos recogidos por la Coordinación de Trasplantes del HUSD.
2. Revista Española de Trasplantes. Vol 12, Num.2/Septiembre 2003
3. Memoria de donació i trasplantament d'òrgans i teixits a les Illes Balears 1989-2002. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General d'Avaluació i Acreditació.

Anticoncepción irreversible femenina con dispositivo Essure realizada en consulta

Martí Mascaró Sastre, Noemi Freixas Grimalt, Antonia Roig Ferrà, Aina Tejedor Mestre, Luis Gijon García

Introducción

El sistema Essure es un método de anticoncepción irreversible que consiste en la introducción en las Trompas de Falopio de un dispositivo destinado a provocar una obstrucción definitiva.

Este dispositivo es un microinserto expansible que consiste en un alambre de 4 cm de longitud y 0,8 mm de diámetro sin expandir, compuesto por una aleación de níquel y titanio, por cuyo interior discurren unas fibras de Dacron (Fig. 1). Una vez colocado en el interior de la trompa provoca una respuesta de fibrosis en el tejido circundante dando como resultado una oclusión permanente.

Su colocación se efectúa entre los días 5 y 14 del ciclo menstrual o durante todo el ciclo si la paciente toma anticonceptivos orales. Se realiza de forma ambulatoria, habitualmente en consulta, con anestesia local o incluso sin anestesia, accediendo a la cavidad uterina mediante un histeroscopia para la visualización de los orificios tubáricos con inserción del dispositivo en la porción proximal de las trompas.

A diferencia de la esterilización tubárica por laparoscopia, no requiere ingreso de la paciente ni anestesia general; tampoco se practica ninguna incisión, el tiempo de recuperación es rápido, hay menor incidencia de complicaciones y una pronta reincorporación de estas pacientes a su vida cotidiana, con una disminución de costes sociales y económicos.

Las pacientes candidatas al método Essure son las que desean una anticoncepción permanente.

Las contraindicaciones para la inserción del dispositivo son: Indecisión de la paciente, hemorragia vaginal no estudiada, cavidad uterina o trompas de Falopio anormales que dificulten o hagan imposible la canula-

ción de los orificios tubáricos, sospecha de embarazo, menos de seis semanas después de un parto, infección pélvica reciente, sospecha de patología maligna ginecológica y pacientes en tratamiento con corticoides por vía sistémica. La alergia al níquel no se considera una contraindicación.

Dado que este método tarda tres meses en ser efectivo es necesario que las usuarias utilicen otras medidas anticonceptivas adicionales en ese intervalo de tiempo. Transcurridos los tres meses se realizarán una radiografía pélvica para comprobar que los dispositivos están correctamente insertados. Si existieran dudas sobre su localización estaría indicada la práctica de una histerosalpingografía para verificar la oclusión tubárica.

Este método consideramos que aporta ventajas para las pacientes frente a la anticoncepción quirúrgica: No requiere ninguna incisión, se puede practicar en una consulta de procedimientos ginecológicos, no requiere anestesia general y no contiene fármacos.

Material y métodos

Se ha utilizado un histeroscopia diagnóstico de 5 mm de diámetro con un canal de trabajo de 5 Freinch (1.66 mm), con flujo continuo, utilizando como medio de distensión solución salina, conectado a una fuente de luz fría y a cámara endoscópica con visualización en un monitor de televisión (Fig. 2).

Se realiza un estudio descriptivo con análisis retrospectivo de las pacientes con indicación de anticoncepción irreversible por el procedimiento Essure realizado en el Servicio de Ginecología, sección de cirugía ambulatoria, del Hospital Son Dureta, entre

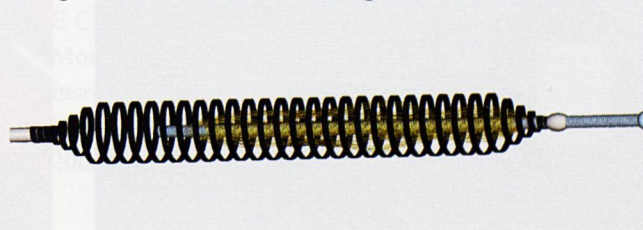


Fig. 1. Dispositivo Essure.

Noviembre de 2002 y Junio de 2003.

Evaluamos 142 casos de intento de colocación bilateral de los dispositivos Essure.

La edad media de las pacientes fue de 36 años (Rango: 27 – 48), la paridad media de 2.4 hijos (Rango: 0 – 5).

Se ha realizado una evaluación radiológica de la pelvis a los 3 meses postinserción. En caso de dudas durante la colocación o en la radiografía simple de pelvis se debe solicitar una histerosalpingografía para asegurar la obstrucción tubárica.

El procedimiento es similar a la realización de una histeroscopia diagnóstica. En nuestro medio, la histeroscopia diagnóstica se realiza generalmente en una consulta-gabinete, sin utilizar espéculo para la visualización del cérvix, por vaginoscopia, y preferiblemente sin medicación previa ni anestesia con buena tolerancia por parte de las pacientes y rápida recuperación posprocedimiento. En casos seleccionados se puede administrar un ansiolítico previo por vía oral. Si se realiza bajo anestesia local, se realiza un bloqueo paracervical con lidocaína al 1% (20 cc), para disminuir las molestias del paso del histeroscopio por el canal cervical.

Con el histeroscopio en cavidad uterina visualizamos la morfología y situación de los 2 orificios tubáricos. Posteriormente se introduce el sistema Essure a través del canal de trabajo del histeroscopio e intento de colocación de los dispositivos en la porción proximal de la trompa de Falopio. Una vez el dispositivo se encuentra en posición aceptable retiramos el catéter de aplicación y procedemos a la expansión y desinserción del microinserto del catéter de aplicación, finalizando el procedimiento con extracción del catéter y del histeroscopio (Fig. 3).



Fig. 2. Material histeroscópico.

La paciente debe realizar un método alternativo de anticoncepción durante 3 meses, tiempo necesario para la producción de la fibrosis intratubárica. Posteriormente se realizará una radiografía pélvica para asegurar la correcta ubicación del dispositivo. En caso de ubicación dudosa o no satisfactoria del dispositivo se debe realizar una histerosalpingografía para valorar si se ha conseguido una obstrucción tubárica bilateral. Si las exploraciones complementarias realizadas a la paciente son satisfactorias se interrumpe el uso de métodos anticonceptivos alternativos.

El método Essure no precisa de controles posteriores.

Resultados

Evaluación de 142 casos realizados en mujeres con deseo de anticoncepción irreversible. La colocación bilateral de los dispositivos Essure se ha conseguido en 135 pacientes (95.1%). No se consiguió la colocación bilateral en 7 pacientes (4.9%). Las causas iniciales por las que no se pudo proceder a su inserción fueron: 3 pacientes con estenosis de algún orificio tubárico que no permitió la introducción, 1 paciente con adherencias intrauterinas, 2 pacientes con falta de visualización de los orificios tubáricos y 1 paciente con expulsión espontánea postinserción.

Al principio, para familiarizarse con la técnica, la realizábamos en quirófano (34.7%), posteriormente la hemos realizado en una consulta-gabinete de histeroscopias (65.3%).

El tipo de anestesia practicada es la siguiente: Anestesia local 57.1%, sin anestesia 41.5%, general 1.4%. En algunas pacientes se administró sedación con benzodiacepinas. La tendencia actual es realizar el procedimiento en consulta y sin anestesia, con alta tasa de tolerancia por parte de las pacientes.

El tiempo medio de colocación desde el inicio de la histeroscopia ha sido de 12 minutos (rango: 3 – 30).

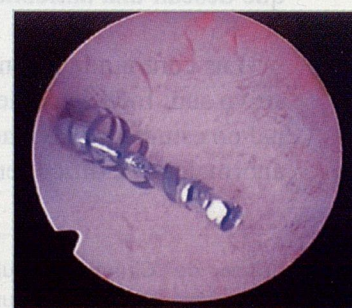
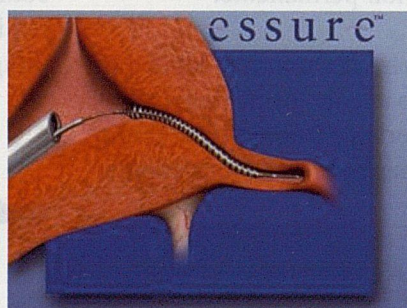


Fig. 3. Dispositivo Essure en trompa.



Fig. 4. Radiografía simple de pelvis con dispositivo Essure.

La recuperación postinserción de las pacientes ha sido excelente, todas fueron dadas de alta el mismo día.

Una encuesta de satisfacción realizada a las pacientes a los 3 meses del procedimiento constató un alto nivel de aceptación, calificando el método de bueno o excelente en un 91% de los casos.

Los resultados de la exploración radiológica de pelvis realizada 3 meses postinserción han sido: Evaluados 104 (77%) casos de los 135 dispositivos Essure colocados. Radiología compatible con posición satisfactoria 92 (88.5%). En 12 pacientes había dudas de la óptima localización del dispositivo, realizándose una HSG con los siguientes resultados: 5 pacientes con oclusión tubárica bilateral, 1 paciente con obstrucción tubárica unilateral y 1 dispositivo emigrado a cavidad peritoneal y 6 pacientes pendientes del resultado de la HSG (Fig. 4 y 5).

No se ha registrado ningún embarazo en pacientes sometidas a este método.

Incidencias – Efectos adversos. En 12 (8.9%) de las pacientes se produjeron reacciones vagas leves que respondieron a tratamiento médico, 1 expulsión unilateral a cavidad uterina, 1 migración a cavidad peritoneal en un dispositivo que no se expandió en el momento de la inserción y 1 perforación uterina en una paciente con 2 cesáreas anteriores con posterior colocación bilateral del dispositivo sin incidencias.

Discusión

Antes de la aparición de este método la anticoncepción irreversible femenina requería una interven-

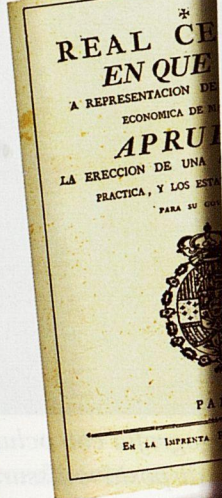


Fig. 5. Histerosalpingografía con oclusión tubárica bilateral por dispositivo Essure.

ción quirúrgica realizada por laparoscopia o laparotomía para poder realizar un bloqueo tubárico, con los riesgos derivados de la intervención quirúrgica y de la anestesia general realizada y altos costes sanitarios. Con este nuevo método de anticoncepción irreversible realizado a través de histeroscopia, sin incisiones, en una consulta se disminuyen los riesgos quirúrgicos y anestésicos, se consigue una rápida recuperación post-procedimiento con un alto porcentaje de colocación bilateral de los dispositivos, con buena tolerancia y disminución de costes sociales y económicos por la pronta recuperación después de realizado el procedimiento y menores costes totales sanitarios.

Bibliografía

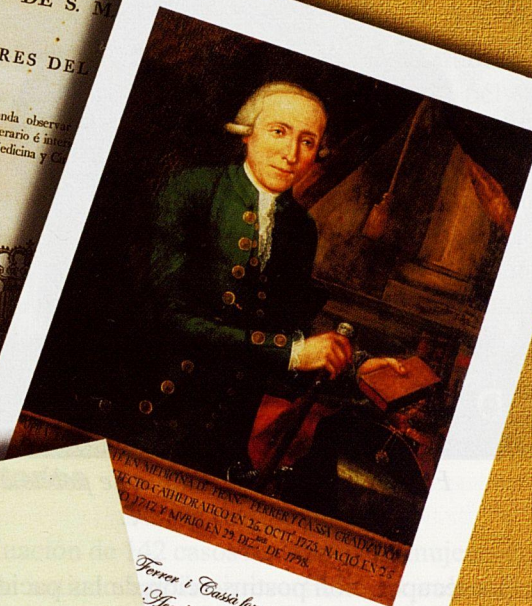
1. RF Valle, CS Carignan, TC Wright. Tissue response to the STOP microcoil transcervical permanent contraceptive device: results from a pre hysterectomy study.. Fertility and Sterility 2001;76(5):974-980.
2. JF Kevin, CS Carignan, D Cher. The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control: results of the first Essure pbc clinical study. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2001;41(4):364-370.
3. E Cayuela, RF Valle, R Cos, F Heredia, R Florensa, S Moros. Programa de adiestramiento y resultados en la inserción histeroscópica de dispositivos para la esterilización tubárica permanente. Prog Obstet Ginecol 2003;46(7):291-8.



Dr. Miguel Ferrer i Cassi

REAL CEDULA
DE S. M.
Y SEÑORES DEL
Por la que se manda observar
para el régimen literario é ins-
tancias de Medicina y Cirugia

Año



Ferrer i Cassi fou el membre més
d'Acadèmia Medico-pràctica



Reial Acadèmia de Medicina
de les Illes Balears

Cèdules Fundacionals
1788 i 1831

20€

**GASTOS DE ENVÍO
INCLUIDOS**

Edición facsímil

Presentación
Cédula de S.M. Carlos III
Cédula S.M. Fernando VII
Retratos

Solicite su ejemplar rellenando
este cupón y enviándolo a:

Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears
c/ Can Campaner, 4 07003 Palma de Mallorca

Sol·liciti el seu exemplar omplint aquest cupó i
enviant-lo a:

Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears
c/ Can Campaner, 4 07003 Palma de Mallorca

NOMBRE/NOM

DIRECCIÓN/ADREÇA N°/NÚM. PISO/PIS

POBLACIÓN/POBLACIÓ PROVINCIA/PROVÍNCIA

C. POSTAL /C.POSTAL TELÉFONO/TELÈFON

UNIDADES UNITATS	PRECIO PREU	TOTAL TOTAL
	20€	

FORMA DE PAGO/FORMA DE PAGAMENT
Contrareembolso/ contrareembolsament

IVA y gastos de envío incluidos/
IVA i despeses d'enviament inclòs

- ☐ V. Castellano
☐ V. Català

FECHA:/DATA:

FIRMA:/SIGNATURA:

Perfil de la mujer demandante de anticoncepción de emergencia

Mercedes Febles Borges, Luis Gijón García

Introducción

Podemos definir la Anticoncepción de Emergencia (AE) como "la utilización de un fármaco o dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida"¹. Debemos incluir como relación desprotegida, tanto la ausencia de utilización de métodos anticonceptivos (MAC), como el fallo puntual de un método anticonceptivo, situación de la que la rotura del preservativo sería el mejor exponente.

La Comunidad de las Islas Baleares presenta la tasa de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE) más alta de toda España. Igualmente, también presenta esta Comunidad una tasa preocupante de embarazos en adolescentes².

La AE representa la última opción para prevenir el aborto y el embarazo no deseado³ que, sobre todo en mujeres jóvenes supone una carga emocional, social y económica muy grave.

En el Área de Urgencias del Hospital Son Dureta, se atiende a las pacientes demandantes de AE y se les facilita este método anticonceptivo. El objetivo del estudio que presentamos, es describir el perfil de las usuarias que demandan AE en nuestra Área de Urgencias, conocer las causas por las que lo demandan y evaluar las medidas que tomamos tendentes a garantizar la correcta utilización de un método anticonceptivo con posterioridad, por parte de estas pacientes.

Material y métodos


El estudio ha sido realizado entre el día uno de marzo y el treinta y uno de Mayo de 2003. La población objetivo la constituían las mujeres en edad fértil que solicitaban anticoncepción de Emergencia en el área de Urgencias del Hospital Son Dureta, en las que

se había cumplimentado el cuestionario previo a la administración de la AE. Este cuestionario, facilitado por el Institut Balear de la Salut, es el que hemos utilizado como hoja de recogida de datos (Fig.1).

Una vez cumplimentado el cuestionario y tras comprobar que no existía contraindicación alguna, se proporcionaba a la mujer demandante dos dosis de 0,75 mg de Levonorgestrel, en forma de comprimidos orales, que debería ingerir con un intervalo de 12h, dentro de las 72h siguientes al coito desprotegido, informándole de los posibles efectos secundarios, en particular el vómito.

Antes de abandonar el Área de Urgencias, se les orienta sobre seguridad en métodos anticonceptivos y

Annex 2



Full de recollida de dades

Data: ____/____/____		Inicials de la pacient: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Població: _____		Centre: _____ Edat: _____ anys	

Fons d'informació: Mitjans de comunicació

Entorn sanitari ☐

Entorn social ☐

Nivell d'estudis: Sense estudis ☐ Situació laboral: Estudiant ☐

Primaris ☐ Activa ☐

Secundaris ☐ Mestressa de casa ☐

Superiors ☐ En atur ☐

Hores que han passat des del coit sense protecció: _____

Data de la darrera menstruació: ____/____/____

Ús d'AE anteriorment: Sí ☐ No ☐ Nombre de vegades: _____

Motiu de la sol·licitud: No utilitza mètode anticonceptiu ☐

Rotura de preservatiu ☐

Preservatiu retintut ☐

Altres causes ☐

Anticoncepció habitual: Cap ☐

Preservatiu ☐

Anticonceptius orals ☐

DIU ☐

Altres ☐

S'ha sol·licitat anteriorment l'AE? Sí ☐ No ☐

On? Hospital/Urgències ☐ PAC ☐

UBS ☐

Farmàcia ☐

Centre de salut ☐

Motiu de la no administració de l'AE: Fora de termini terapèutic ☐

No indicada ☐

Altres ☐

Prescripció d'AE: Levonorgestrel

Es facilita informació sobre el seu ús ☐

S'orienta i facilita informació sobre els recursos relacionats amb l'orientació familiar i l'atenció a la joventut ☐

Professional que administra tractament: Metge de família ☐

Ginecòleg ☐

Altres ☐

Observacions:

La complimentació per part del clínic d'aquest registre per efectuar estudis epidemiològics, no obvia la necessitat de la seva constància en la història clínica del pacient.

Fig.1. Hoja de recogida de datos.

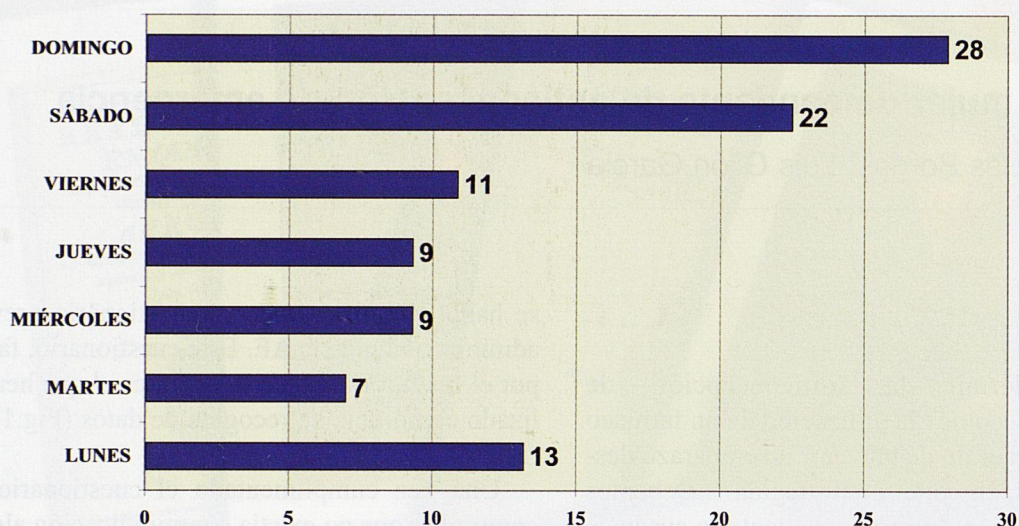


Fig.2. Porcentaje de demandantes según día de la semana.

se les informa de Centros y Servicios en donde pueden recibir orientación y controles sanitarios.

Todas las pacientes han sido atendidas por médicos especialistas y residentes del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Son Dureta o por residentes de Medicina de Familia integrados en el equipo de guardia de Ginecología.

Resultados

El cuestionario ha sido cumplimentado por 129 mujeres.

La edad media de las pacientes de nuestro estudio fue de 22,45 años, con una DE de 5,92. De ellas, un 39 % tenían menos de 20 años cumplidos. El conjunto de mujeres jóvenes, con menos de 25 años cumplidos, representaba un 71 % del total (91 casos). El otro 29 % correspondía a mujeres entre 25 y 44 años cumplidos (37 casos). No tuvimos ninguna solicitud de AE de mujeres de 45 ó más años cumplidos.

El día de la semana en el que acudieron, se representa en la Fig. nº 2

La fuente de información se recoge en la Tabla I. El porcentaje es superior a 100 porque en 3 casos se manifestaron dos fuentes de información distintas.

El nivel de estudios en el 31,15 % de los casos fue Superior (38 mujeres), un 47,54 % refirieron estudios Secundarios (58 mujeres) y un 21,31 % estudios primarios (26 mujeres).

La situación laboral se registró como activa en un 43 % del total (50 casos), estudiante en un 49 % (49 casos) y en paro un 6 % (7 casos) ; el total supera el 100 % por que 8 casos definieron una situación laboral doble.

Fuente	Total	%
Comunicación	42	32,56
Sanitario	23	17,83
Social	67	51,94
	129	102,33

Tabla I. Fuente de Información.

Horas	Casos	%
<1 hora	5	3,91
1 a <6 horas	38	29,69
6 a <12 horas	21	16,41
12 a <24	41	32,03
24 a < 48 horas	19	14,84
48 a <72 horas	4	3,13
72 ó +	0	0,00
	128	100

Tabla II. Horas transcurridas tras el coito.

Días	Casos	%
<5	5	4,07
5-7 días	10	8,13
8-14 días	46	37,40
15-28 días	49	39,84
29 ó +	13	10,57
	123	100

Tabla III. Día del ciclo menstrual en el que acuden.

Las horas transcurridas tras el coito, por término medio fueron 12,88, con una desviación estándar de 12,3. En la Tabla II. se recoge una distribución agrupada de horas postcoito.

El día del ciclo en el que acudieron se representa en la Tabla III

Un 29 % (38 casos) de las demandantes del método, referían haber realizado anteriormente anticoncepción de emergencia, y un 71 % (91 casos) ser la primera vez.

El motivo de la solicitud en 15 casos (11,71 %) era no haber utilizado ningún método anticonceptivo; en 95 (74,21 %) casos la rotura del preservativo, en 14 (10,93 %) casos la retención del preservativo y en 4 (3,12 %) casos otros motivos.

El Método Anticonceptivo utilizado habitualmente, era en 112 casos (86,82 %) el preservativo, los anticonceptivos orales en 6 casos (4,65 %) y otros métodos en 4 casos (3,1 %). 7 mujeres (5,43 %) refirieron no utilizar ningún método anticonceptivo.

Se facilitó orientación sobre MAC y posibilidades de obtenerlos en 20 ocasiones (15,63 %) y no se hizo en los otros 109 casos (85,16).

Discusión

Antes de entrar a analizar los resultados, debemos mencionar que en un artículo publicado en la revista Lancet⁴, se demuestra que una sola dosis de Levonorgestrel de 1,5 mg tiene la misma eficacia que las dos dosis de 0,75mg, con un intervalo de 12h, que eran administradas hasta el momento. Esta nueva pauta facilita la administración sobre todo a aquellas jóvenes que por motivos laborales o simplemente por descuido retrasaban la ingesta de la segunda dosis. Desde el mes de junio de 2003, nuestro servicio ha comenzado a administrar la nueva pauta, no recogida por tanto en este estudio. El comprimido único facilita que la administración total de la dosis sea en la propia Área de Urgencias, lo que evita la posibilidad de que no sea la demandante la receptora final del tratamiento.

Algunos de los resultados que hemos obtenido, entran dentro de lo que cabría esperar. La mayor parte de las demandantes de AE son mujeres jóvenes, principalmente adolescentes, que utilizan el preservativo como método anticonceptivo habitual. La edad media de las solicitantes y el uso del preservativo,

coinciden con lo informado en el Pla de Salut². Cabría sospechar que muchos de los casos referidos como rotura de preservativo, corresponden en realidad a una no utilización del preservativo, aunque sea el método utilizado habitualmente, y que se "altere" la respuesta que se da al médico por deseo de recibir cuanto antes los comprimidos para AE y evitar una llamada de atención por parte del profesional sanitario.

Tampoco nos sorprende el día de la semana en el que se solicita la AE. Dado que se trata de mujeres jóvenes, es en el fin de semana cuando las relaciones sexuales se tienen con más frecuencia y por tanto más probabilidades hay de fallo en el MAC. Esta única circunstancia ya justifica de por sí que se proporcione AE en los Servicios de Urgencia, tanto Hospitalarios como de Atención Primaria. Podría argumentarse que habría un sesgo condicionado por la accesibilidad: acuden con más frecuencia al Hospital en fin de semana porque los centros de salud están cerrados en esos días. Habría que conocer los resultados de un estudio similar en Centros de Salud. Sin embargo, sospechamos que esa distribución que presentamos corresponde a la realidad, sobre todo porque el lunes, en que los centros de Salud están abiertos, existe una demanda muy superior al del resto de los días de la semana; y esto ya es un poco más preocupante, puesto que esta demanda de los lunes puede corresponder a coitos realizados el viernes o sábado; la AE es tanto más eficaz cuanto más cerca del coito no protegido se realiza⁵, por lo que demorarlo hasta el lunes disminuye su eficacia; probablemente, esta demora se deba a una mala información de la usuaria, que tal vez haya sido advertida erróneamente que la eficacia es similar siempre y cuando se realice dentro de las primeras 72 horas tras el coito, y puede por tanto esperar al lunes.

La última afirmación del párrafo anterior, si fuera cierta, no tendría de todas formas un impacto muy grande, al menos en nuestro grupo de estudio, puesto que el 82 % de nuestros casos han demandado la AE dentro de las primeras 24h.

Respecto a la información sobre el método, llama la atención que en un 10 % de los casos, se demandara en el día 29 o superior de la regla. Quizás se deba a la existencia de ciclos irregulares en esas mujeres; pero no debemos dejar de pensar en la concepción errónea que existe todavía entre muchas personas que piensa que la AE es un método abortivo; por ello, las actuaciones de educación sanitaria y divulgación de este método, deben seguir insistiendo

en que la Anticoncepción de Emergencia no es eficaz si la mujer ya está embarazada.

El nivel de estudios de las demandantes se puede considerar alto; aunque el nivel educativo de nuestra Comunidad también lo es, los datos que hemos recogido deben alertarnos sobre la posibilidad de una barrera de acceso cultural a este método; es decir, las mujeres de nivel cultural bajo tal vez no lo demanden porque desconocen, o bien su existencia, o bien que pueden conseguirlo de una forma tan simple como la de acudir a un Área de Urgencias de un Hospital. El hecho de que la mayor fuente de información sea la social (es decir, el entorno social de las mujeres), en mayor medida que los medios de comunicación o los centros y profesionales sanitarios, nos refuerza en la hipótesis de que las mujeres de nivel cultural más bajo tenderían a demandar menos la AE y por tanto estarían expuestas a mayor riesgo de aborto y embarazo no deseado.

Un aspecto importante relacionado con el acto de proporcionar AE corresponde al conjunto de medidas que se tomen de cara a conseguir la utilización de métodos anticonceptivos eficaces así como altas tasas de cumplimiento. Un 30 % de las mujeres de nuestro grupo de estudio ya habían demandado con anterioridad AE; quiere esto decir que, al menos en esas mujeres, no se consiguió que adoptaran eficazmente un MAC. Si analizamos los resultados en cuanto a Orientación que proporcionamos a las mujeres que demandan AE, vemos que tan sólo se facilitó esta orientación en un 15 % de los casos. Esto es particularmente preocupante, porque quiere decir que estamos solucionando un problema puntual, que no obstante es importante, pero no estamos consiguiendo que el coito no protegido, no vuelva a repetirse en el futuro en la misma mujer. No se puede simplificar al respecto; quizá el área de Urgencias de un gran hospital no sea el lugar adecuado para reflexionar con una adolescente sobre sus relaciones sexuales y la forma de prevenir el embarazo; pero deberían facilitarse a las Áreas de Urgencias mecanismos ágiles y sencillos que permitan al menos un contacto de la mujer, sobre todo la adolescente, con agentes sociales o sanitarios que la puedan orientar, muy en particular con su Centro de Salud.

Bibliografía

1. Alvarez, D.; Arribas, L.; Cabero, L.; Lete, I.; Ollé, C.; De Lorenzo, R. Guía de actuación en Anticoncepción de Emergencia. La píldora del día después. Barcelona. Pulso Ediciones, 2002.
2. Fuente: Servidor web del INE: www.ine.es.
3. Bromham, D.R.; Oloto, E.J. Tratando de prevenir el aborto. Revista Europea de Contracepción y Salud Reproductiva, 1997, 2, 81-87.
4. Von Hertzen, H.; Piaggio, G.; Ding, J.; Chen, J.; Song, S. et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. Lancet. 2002 Dic 7
5. Acoge Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for obstetrician-Gynecologists. 25, Marzo 2001.

Revascularización miocárdica precoz en el infarto agudo de miocardio Análisis de dos años de experiencia en la Policlínica Miramar (2001-2002)

Josu López-Libano, Mariano Usón, Rosa Poyo-Guerrero, Joaquín Torrebella, Jaime Llaneras, Llorenç Alomar, Carlos Torres, Fernando Barturen, Marta Generelo, Iñaki Unzaga

Introducción

La Angioplastia percutánea primaria (ACTP) con implante de stent es, probablemente, la mejor opción terapéutica en el tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con onda Q, con evidentes ventajas sobre la fibrinólisis.

La Coronariografía precoz en el IAM sin onda Q asociada a inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa y clopidogrel disminuye de forma considerable la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

A finales del año 2000, en Policlínica Miramar, nos planteamos aplicar con rigor las recomendaciones de la American Heart Association (AHA) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC) sobre el tratamiento invasivo precoz del Síndrome Coronario Agudo (SCA), en base a nuestra propia experiencia, y, sobre todo, porque habíamos ido leyendo una serie de artículos que avalaban este enfoque. Inicialmente nos sorprendió, que pese a la evidencia acumulada a favor del tratamiento invasivo, éste no estuviera demasiado implantado en nuestro entorno.

A partir de Enero de 2001 pusimos en marcha un protocolo de manejo del SCA que pretendía conseguir que la mayoría de los pacientes se beneficiaran del tratamiento invasivo, posteriormente analizamos de forma retrospectiva 160 pacientes ingresados consecutivamente y en los que el diagnóstico final fue IAM.

Justificación y definición de términos

El SCA está producido por la rotura de una placa de ateroma, que se activa y ocasiona la formación de un trombo intracoronario. Posiblemente, el IAM Q se asocia con trombosis duradera y necrosis extensa del miocardio, la angina inestable con un trombo más

lábil y el IAM no Q con una oclusión transitoria y un mínimo grado de necrosis; sin embargo, desde un punto de vista funcional, resulta más práctico clasificar a los pacientes según los hallazgos iniciales en el electrocardiograma (ECG) en dos grupos: a) pacientes con elevación del segmento ST al ingreso, que en su mayor parte desarrollarán IAM Q y b) pacientes sin elevación del segmento ST al ingreso, algunos de los cuales presentarán marcadores cardíacos positivos y serán catalogados como IAM no Q.

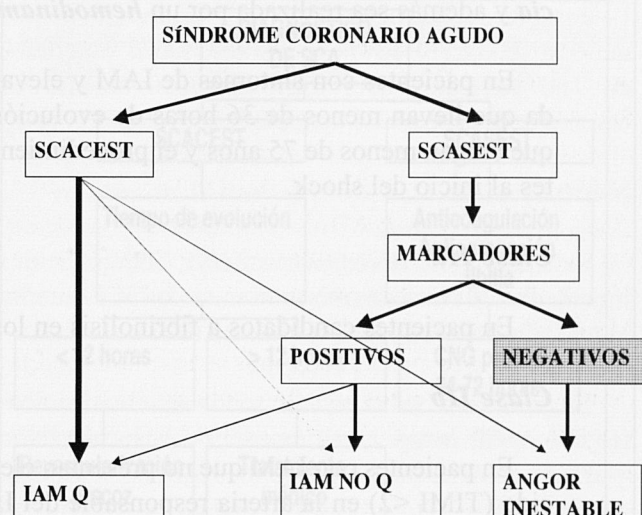


Fig. 1.

Clasificación del Síndrome coronario

La mayor parte de los SCACEST serán finalmente diagnosticados de IAM Q. Algunos SCACEST mostrarán elevación de los marcadores cardíacos en las primeras horas (IAM no Q) e incluso llegarán a presentar ondas Q significativas en el ECG (IAM Q).

En el IAM Q los esfuerzos deben concentrarse en reducir el tiempo que pasa desde que el enfermo comienza a tener síntomas hasta que se consigue la reperusión del territorio miocárdico en riesgo, ya sea ésta química (fibrinólisis) o mecánica (ACTP 1ª). Existen evidencias de que, cualquiera que sea la localización del IAM Q, la ACTP 1ª proporciona mejores resultados que la fibrinólisis¹. Esto es especialmente cierto en el IAM Q anterior².

Clase I

Síntomas de más de 30 minutos de duración

Menos de 12 horas de evolución (Idealmente menos de 6 horas)

Elevación del segmento ST de más de 0,1 mV en dos derivaciones contiguas de miembros o de más de 0,2 mV en dos derivaciones precordiales contiguas.

Pacientes menores de 75 años de edad.

Bloqueo de rama izquierda de nueva aparición

Cuadro 1. Indicaciones de la AHA para la realización de fibrinólisis en el IAM Q.

Clase I

Como **alternativa a la trombolisis** en pacientes con IAM y elevación del segmento ST o bloqueo de rama izquierda presumiblemente de nueva aparición que puedan revascularizarse dentro de las primeras 12 horas de aparición del dolor, siempre que se realice en un centro que lleve a cabo **más de 200 angioplastias al año y tenga servicio de cirugía cardíaca disponible de urgencia** y además sea realizada por un **hemodinamista que haga más de 75 angioplastias anuales**.

En pacientes con síntomas de IAM y elevación del segmento ST o Bloqueo de rama izquierda que llevan menos de 36 horas de evolución y han desarrollado shock cardiogénico, siempre que tengan menos de 75 años y el procedimiento se pueda realizar dentro de las 18 horas siguientes al inicio del shock.

Clase IIa

En pacientes candidatos a fibrinólisis en los que ésta está contraindicada

Clase IIb

En pacientes con IAM que no presentan elevación del segmento ST, pero tienen un flujo reducido (TIMI <2) en la arteria responsable del IAM, siempre que la angioplastia se pueda realizar en las 12 horas siguientes al inicio del cuadro.

Cuadro 2. Indicaciones de la AHA para la realización de ACTP 1ª en el IAM Q.

Clase I

Pacientes que presenten alguno de los siguientes:

Angina recurrente o con bajo nivel de actividad a pesar de tratamiento intensivo

Niveles de TnI o TnT elevados

Depresión del segmento ST en el ECG, de nueva aparición.

Angina o isquemia recurrentes con síntomas de fallo cardíaco

Hallazgos de alto riesgo en tests de esfuerzo no invasivos

Depresión de la función ventricular izquierda (FE < 40%)

Inestabilidad hemodinámica

ACTP en los 6 meses previos

CRC previa

Cuadro 3. Recomendaciones de la AHA para el tratamiento invasivo precoz en el SCASEST.

RIESGO INTERMEDIO	ALTO RIESGO	MUY ALTO RIESGO
De reposo, duración < 20 min	De reposo > 20 min	De reposo, duración > 20 min
...último episodio hace > 48 h	...último episodio hace < 48 h	...persiste al llegar a urgencias
	...cedido al llegar a urgencias	Síntomas asociados
	Antecedentes de	- Edema agudo de pulmón
	- IAM	- Hipotensión
	- ACV	- Nuevo soplo de IM
	- Revascularización coronaria	↓ transitorio del ST > 0,2 mV en la cara anterolateral
↓ transitorio del ST < 0,1 mV	↓ transitorio del ST > 0,1 mV	↑ transitorio del ST
Ondas T negativas > 0,3 mV		...en dos derivaciones contiguas
Presencia de ondas Q	...en dos derivaciones contiguas	TnI > 1,5 ng/ml
...en dos derivaciones contiguas		
Marcadores negativos	TnI 0.5-1,5 ng/ml	

Tabla I. Estratificación de riesgo en el SCASEST según la AHA.

En el IAM no Q, que actualmente queda, a efectos de estratificación de riesgo y tratamiento englobado dentro de los Síndromes Coronarios Agudos Sin Elevación del ST (SCASEST), existen dos estrategias de tratamiento diferentes, la “conservadora” y la “invasiva precoz”. En la conservadora se reserva la práctica de la angiografía coronaria (CNG) para los pacientes con evidencia de isquemia recurrente o tests invasivos positivos a pesar de un tratamiento médico vigoroso. En la estrategia invasiva precoz se indica CNG a todos los pacientes sin contraindicaciones y con criterios de riesgo intermedio o alto.

La Policlínica Miramar de Palma de Mallorca es un centro hospitalario privado de, aproximadamente, 480 camas que cuenta con: Servicio de cirugía Cardíaca, Unidad de cuidados Intensivos y Servicio de Cardiología Intervencionista con un cardiólogo hemodinamista localizado 24 horas al día y 365 días al año.

A lo largo del año 2002 se realizaron en nuestra sala de hemodinámica alrededor de 500 estudios, de los que 386 fueron CNG. En ellos se hicieron 160 ACTP y se colocaron 203 stents. Cada uno de los hemodinamistas del servicio participó en más de 100 ACTP.

A partir de Enero de 2001 se decidió aplicar un protocolo de tratamiento del SCA que incluyera ACTP 1ª con implante de stent en el IAM Q cuando se presentara como SCACEST y tratamiento médico que incluyeran antiagregantes endovenosos tipo inhibidores IIb/IIIa seguido de CNG en el plazo de 24-72 horas en el SCASEST con elevación significativa de enzimas cardíacas (IAM no Q). Para la asignación de pacientes a los diferentes grupos de tratamiento utili-

zamos los criterios y las recomendaciones de tratamiento de la AHA ^{3, 5, 6, 7} y la SEC ⁴.



Fig. 2

Protocolo de tratamiento del IAM en la Policlínica Miramar.

En el SCACEST de menos de 12 horas de evolución se intentó revascularizar mediante ACTP 1ª. Si el tiempo de evolución era mayor de 12 horas se aplicó un tratamiento médico y la CNG quedó a juicio del cardiólogo de la planta tras el alta de UCI.

En el SCASEST de alto y medio riesgo se administró tratamiento antiagregante oral y endovenoso y anticoagulación subcutánea junto con los antianginosos habituales durante 24-72 horas y se intentó realizar una CNG precoz.

IAM

- Dolor torácico de características isquémicas de más de 30 minutos de duración, aumento de la CPK por encima del doble del valor de referencia de nuestro laboratorio (180 U/l) con CKMB > 6% y cambios electrocardiográficos característicos

IAM CON ONDA Q

- Infarto transmural con desarrollo de onda Q en la evolución electrocardiográfica

SCACEST

- Síndrome coronario agudo con elevación persistente del segmento ST
- En la mayor parte de los casos coincide con el IAM Q.

SCASEST

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST
- En este grupo se incluyen la mayor parte de los IAM no Q

Cuadro 4. Definición de términos.

Tras dos años de aplicar este protocolo hemos querido recoger y publicar los resultados obtenidos en 160 pacientes admitidos consecutivamente en nuestra unidad con el diagnóstico de IAM.

Métodos

Se analizaron retrospectivamente 160 pacientes ingresados de manera consecutiva en la UCI durante el periodo Enero-2001 Diciembre-2002.

Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes con IAM, independientemente de la localización y el tiempo de evolución.

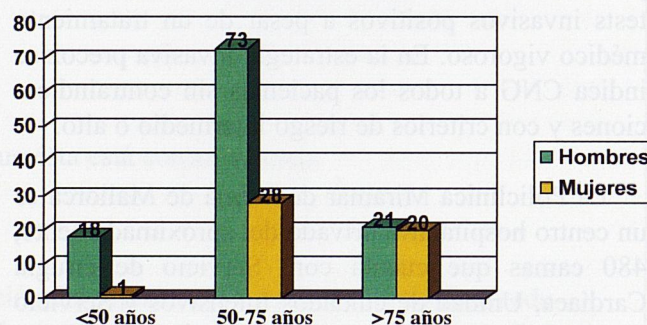
Los criterios diagnósticos de IAM fueron los clásicos: dolor torácico de características isquémicas de más de 30 minutos de duración, aumento de la creatinina quinasa (CPK) por encima del doble del valor de referencia de nuestro laboratorio (180 U/l), de la fracción MB por encima del 6% del valor de la CPK y cambios electrocardiográficos característicos. En el momento de iniciar el estudio no pudieron incluirse aún criterios basados en las troponinas.

Se catalogaron como IAM no Q todos aquellos casos que no presentaron elevación persistente del segmento ST al ingreso y no desarrollaron onda Q durante su evolución.

Fueron desestimados los pacientes ingresados con IAM en otro centro y trasladados a Policlínica Miramar para la realización de una ACTP de rescate, una CNG diferida o cirugía de revascularización.

Resultados

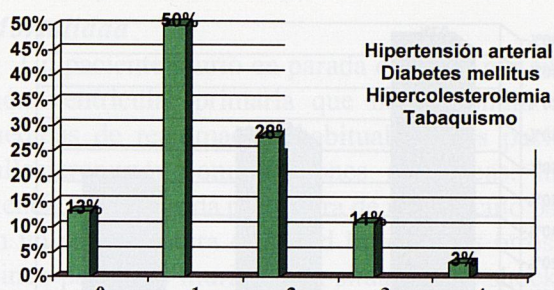
Se incluyeron en el estudio 112 hombres y 48 mujeres con una media de edad de 63 y 70 años respectivamente. Los hombres tendieron a presentar infartos a edad más temprana que las mujeres.



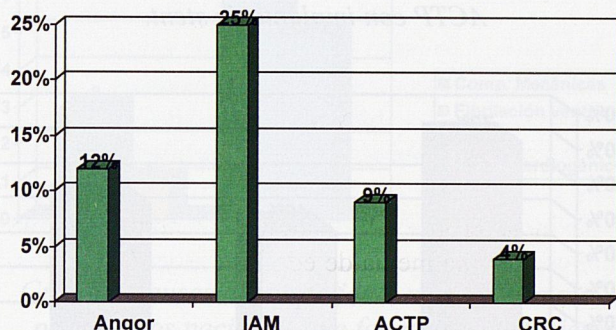
Gráf. 1. Distribución de la población. Hombres 112 (70%). Mujeres 49 (30%). La mayor parte de los casos recogidos fueron varones. La edad media en ellos era claramente menor.

La mayor parte de los enfermos ingresados (92%) presentaron alguno de los factores de riesgo habituales para la cardiopatía isquémica (tabaquismo, hipertensión, diabetes, hiperlipemia). En las mujeres el factor de mayor peso fue la hipertensión arterial mientras que en los hombres destacó el tabaquismo.

60 pacientes (37%) habían sufrido previamente algún evento isquémico (angor o IAM) y 22 (13,6%) ya habían sido sometidos a algún tipo de revascularización coronaria (ACTP o CRC)

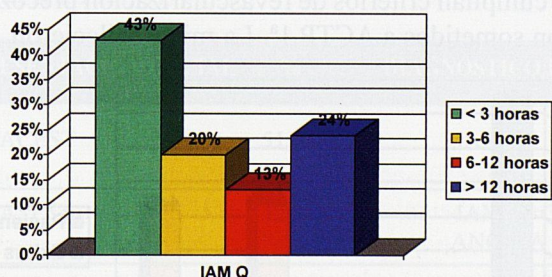


Gráf. 2. Factores de riesgo para cardiopatía isquémica. n = 160. El 87% de los pacientes presentaron, al menos, uno de los factores de riesgo clásicos para el desarrollo de cardiopatía isquémica.



Gráf. 3. Eventos coronarios previos. n = 160. Un tercio de los casos incluidos en el estudio ya habían sufrido algún tipo de evento coronario agudo, y, el 13% alguna técnica de revascularización.

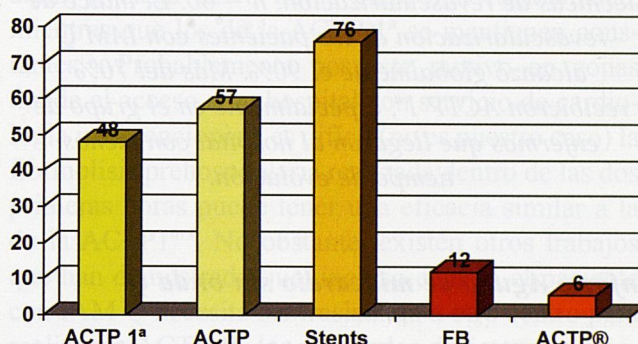
De los 160 pacientes incluidos en el estudio, 91 (56%) presentaron dolor anginoso típico y factores de riesgo para cardiopatía isquémica, pero sin criterios para indicar una revascularización precoz, bien porque se trataba de SCASEST con posterior positividad de los marcadores cardíacos (IAM no Q) o bien porque llegaron al hospital con más de 12 horas de evolución desde el inicio de los síntomas. A estos pacientes se les administró tratamiento antianginoso, anticoagulante y antiagregante.



Gráf. 4. Tiempo de evolución al ingreso en UCI (IAM Q). n = 90. El 70% de los pacientes con IAM Q llegaron al hospital dentro del margen de 12 horas requerido para poder aplicar alguna técnica de revascularización. Casi la mitad de ellos se presentaron dentro del periodo óptimo de las 3 primeras horas.

En el 44% restante, es decir, los 69 pacientes con SCACEST (IAM Q) que ingresaron en el hospital con menos de 12 horas de evolución, se intentó realizar revascularización precoz, de preferencia ACTP 1ª

48 pacientes fueron sometidos a CNG, se realizaron 57 ACTP 1ª y se colocaron 76 stents (1,5 stent por paciente). El éxito de la ACTP 1ª fue del 97% en términos de estenosis residual menor del 30%, flujo TIMI 3 y supervivencia a las 24 horas del procedimiento.



Gráf. 5. Pacientes con IAM Q sometidos a técnicas de revascularización. n = 60. En 48 pacientes se realizaron 57 angioplastias (1,2 ACTP por paciente) y se implantaron 76 stents (1,5 stent por paciente). 6 de los enfermos en los que se hizo fibrinólisis no mostraron criterios de reperfusión y hubo que recurrir a la angioplastia de rescate (ACTP®).

12 pacientes recibieron algún agente fibrinolítico, en 6 de ellos hubo criterios de reperfusión, en los otros 6 fue necesario recurrir a la ACTP de rescate.

4 pacientes presentaban infartos de localización inferior, posterior o septal, poco extensos, con más de 6 horas de evolución y estaban asintomáticos en el momento del ingreso. No fueron sometidos a revascularización.

Otros 2 padecían una miocardiopatía isquémica en fase terminal con anatomía coronaria ya conocida y sin posibilidades de revascularización.

Un paciente pasó directamente a quirófano de cirugía cardíaca por complicaciones mecánicas.

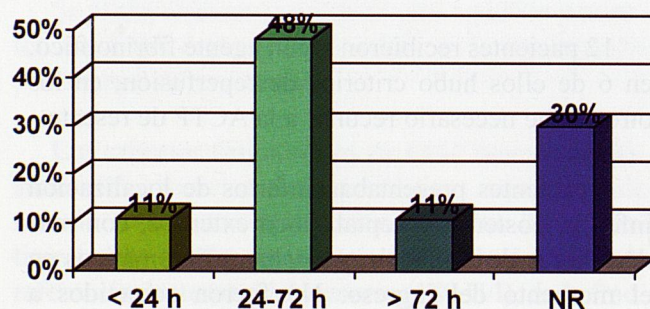
Dos pacientes fallecieron en la primera hora de ingreso.

TIEMPO	< 12 h	< 6 h	< 3 h
Revascularizados	89%	93%	90%
ACTP 1ª	70%	76%	80%
Fibrinolisis	19%	17%	10%
No revascularizados	11%	7%	10%

Tabla II. Pacientes con IAM Q sometidos a técnicas de revascularización. n = 60. El índice de revascularización de los pacientes con IAM Q alcanzó globalmente el 90%. Más del 70% recibieron ACTP 1ª, especialmente en el grupo de enfermos que llegaron al hospital con menos tiempo de evolución.

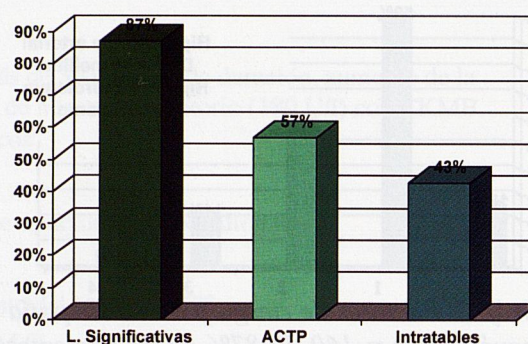
Infarto Agudo de miocardio sin onda Q

De los 70 IAM no Q recogidos durante el periodo de estudio, 32 recibieron tratamiento protocolizado y les fue practicada una CNG en las siguientes 24-72 horas, en 8 casos la CNG se adelantó porque reapareció el dolor a pesar del tratamiento y hubo 8 pacientes en los que la CNG se demoró más allá de las 72 horas por problemas burocráticos para la obtención de conformidad con sus compañías de seguros.

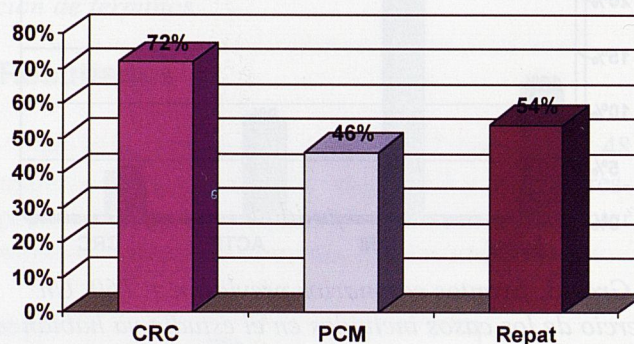


Gráf. 7. CNG precoz en el IAM no Q. n = 70. El 70% de los pacientes con IAM no Q fueron sometidos a CNG precoz (49 pacientes).

El 85% de los casos (42 pacientes) tenía lesiones significativas en sus coronarias, en 24 de ellos estas lesiones pudieron corregirse mediante ACTP e implante de uno o varios stents, 18 pacientes presentaban lesiones intratables mediante técnica percutánea y algunos necesitaron cirugía de revascularización coronaria, 7 en nuestro centro y 6 en su país de origen.



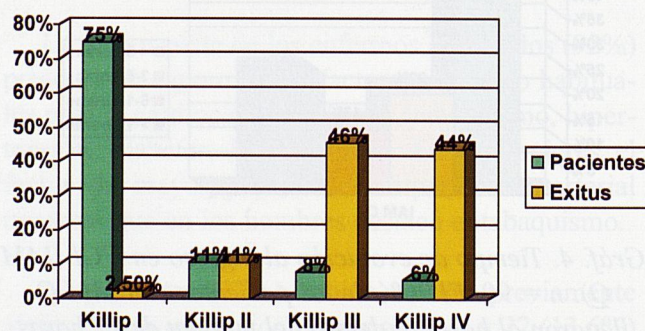
Gráf. 8. Resultados de la CNG precoz en el IAM no Q. n = 49. El 87% de los pacientes con IAM no Q presentaban lesiones significativas en la CNG, de éstos, más de la mitad pudieron tratarse mediante ACTP con implante de stent.



Gráf. 9. Cirugía de revascularización. n = 13. Del total de pacientes con IAM no Q a los que se hizo CNG y presentaron lesiones no tratables mediante ACTP (18), el 72% (13 pacientes) fueron sometidos a cirugía de revascularización coronaria (CRC) en nuestro centro (PCM) o repatriados (Repat) a sus países de origen para ser intervenidos.

Shock cardiogénico

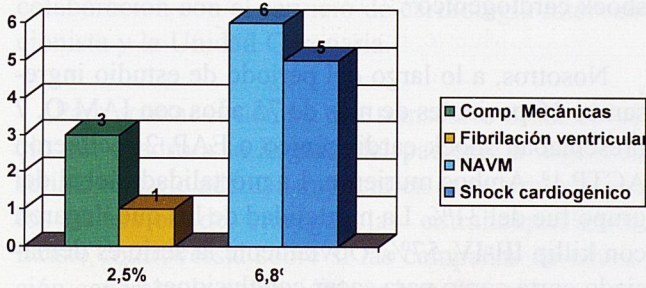
40 pacientes presentaron algún grado de disfunción ventricular al ingreso, de éstos, 21 tenían Edema agudo de pulmón (EAP) o shock cardiogénico, 6 de ellos cumplían criterios de revascularización precoz y fueron sometidos a ACTP 1ª. La mitad fallecieron.



Gráf. 10. Disfunción ventricular y mortalidad. n = 160. Los mayores índices de mortalidad se observan en los pacientes con disfunción ventricular significativa al ingreso.

Mortalidad

Un paciente murió en parada cardíaca por fibrilación ventricular primaria que no respondió a las medidas de reanimación habituales. Tres pacientes fallecieron por complicaciones mecánicas: insuficiencia mitral aguda por rotura de un músculo papilar en un caso y rotura de pared libre en los otros dos. Cinco pacientes murieron en situación de shock cardiogénico refractario y otros seis tras periodos prolongados de ventilación mecánica, con neumonía nosocomial que evolucionó a shock séptico y fracaso multiorgánico. La mortalidad global fue del 9,3%.



Gráf.11. Causas de mortalidad. n = 160. La mayor parte de los pacientes que fallecieron lo hicieron tardíamente, bien por shock cardiogénico refractario debido a disfunción ventricular severa o bien por neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) secundaria a la intubación prolongada.

Discusión

Estudios muticéntricos realizados en Estados Unidos, Europa y el área mediterránea^{2, 8, 9} muestran porcentajes de angina, infarto no Q e infarto Q semejantes a los encontrados en nuestra serie; sin embargo, están muy por debajo en índices de perfusión, especialmente mediante ACTP 1ª en el IAM Q. No hemos encontrado datos concretos sobre CNG precoz en el IAM no Q.

Infarto Agudo de miocardio con onda Q

Comparación entre ACTP 1ª y fibrinolisis

La ACTP 1ª ha demostrado menor incidencia de reingreso por episodios de angina refractaria¹⁰, mejor función ventricular residual¹¹ y menor mortalidad a corto, medio y largo plazo.

Se ha observado que los resultados de la fibrinólisis son óptimos cuando el paciente se presenta dentro de las dos primeras horas de evolución, a partir de aquí, y, hasta las 6 horas empeoran rápidamente, mientras que los de la ACTP 1ª se mantienen constantes¹². Probablemente por este motivo en zonas donde el acceso a un hospital con servicio de cardiología intervencionista es difícil (no es nuestro caso) la fibrinolisis prehospitalaria realizada dentro de las dos primeras horas puede tener una eficacia similar a la de la ACTP1¹³. No obstante, existen otros trabajos que han demostrado que, incluso cuando el paciente con IAM Q necesita ser trasladado a otro centro para realizar la ACTP 1ª, los resultados de ésta son mejores que los de la fibrinolisis, a condición de que se realice dentro de las primeras seis horas¹⁴. Esto se ha confirmado especialmente en pacientes con IAM de alto riesgo: mayores de 70 años, IAM anterior, Killip II/III y TAS inferior a 100 mmHg al ingreso ¹⁵.

El éxito de la ACTP1ª definido como: estenosis residual inferior al 30%, flujo TIMI 3 y supervivencia del paciente a las 24 horas del procedimiento, se cifra en varias revisiones extensas en torno al 91%; pero, si se excluyen los pacientes en shock cardiogénico al ingreso asciende hasta el 96%^{16, 17}. Estos resultados son concordantes con los de nuestra serie.

La mortalidad global en el IAM se sitúa en torno al 7-8%, y en los casos revascularizados por ACTP 1ª, al 6%. Nuestros resultado se aproximan a estos

PRESENTACIÓN INICIAL	%	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	%	ÍNDICE DE REPERFUSIÓN	%
SCACEST	51,2	IAM Q	32,8	ACTP 1ª	20,7
				FIBRINOLISIS	35,1
SCASEST	42,3	IAM no Q	25,3	CNG PRECOZ	ND
		ANGINA INESTABLE	41,9		
NO DETERM	6,5				

Tabla III. Índices de perfusión en en el SCA en Europa y la zona mediterránea. El índice de perfusión global del IAM Q en nuestro entorno no alcanza el 60% y la ACTP 1ª aún queda muy por detrás de la fibrinolisis. No hemos encontrado datos de grandes series sobre la práctica de CNG precoz en el SCASEST.

datos (9% y 6,2% respectivamente).

Las ventajas de la ACTP 1ª se mantienen incluso en los centros que no cuentan con la capacidad de hacer cirugía cardíaca de urgencia¹⁸, hasta teniendo en cuenta la posibilidad de realizar ACTP de rescate tras una fibrinólisis fallida (36%)¹⁹ (50% en nuestra serie), la ACTP 1ª consigue mejores resultados que la fibrinólisis en cuanto a reaparición de la angina y conservación de la función cardíaca y tiene menor riesgo de rotura cardíaca (1,8%) (1,2% en nuestra serie).

El porcentaje de trombosis subaguda del stent recogido en la literatura oscila en torno al 1,9%. (2% según nuestro datos)

Shock cardiogénico

Está claramente establecido que los pacientes que tras sufrir un IAM ingresan en situación de shock cardiogénico y se les puede ofrecer revascularización tienen una mortalidad menor (30-39%)^{20, 21}, siempre que la ACTP se realice en las condiciones recomendadas por las guías de tratamiento de la AHA. Los pacientes que no presentan afectación de la descendente anterior y consiguen flujo TIMI 3 tras el procedimiento son los que mejores perspectivas tienen.

Nosotros tratamos a 22 pacientes que se presentaron en shock o en Edema pulmonar, de ellos, en 6 se practicó ACTP 1ª, 10 murieron, 3 del grupo de ACTP 1ª (50%). Este aparente exceso de mortalidad queda explicado porque la media de edad de los enfermos que llegaron al hospital con killip III-IV era de 77,2 años y en los pacientes ancianos (> 75 años no existen diferencias en cuanto a la mortalidad con tratamiento conservador (88%) y con ACTP 1ª (86%)²².

Pacientes ancianos

Las naciones desarrolladas han experimentado un crecimiento sin precedentes en el número de pacientes ancianos. Gracias a la modernización de la sociedad y de la medicina en el siglo pasado la esperanza de vida de la población de algunos países se ha duplicado. Los ancianos representan el segmento de nuestra sociedad que crece más rápidamente, y, debido a su edad, padecen mayor número de enfermedades coronarias. Es difícil decir si en este grupo se pueden aplicar los conceptos derivados de los estudios realizados hasta la fecha porque los pacientes mayores a menudo resultan excluidos de ellos. En la era pre-stent la mortalidad de los enfermos mayores de 80 años era 5 veces mayor que la de los menores de 60 años²³. Con la llegada del stent hubo un aumento sig-

nificativo de éxito en los procedimientos, con la consiguiente disminución de la morbi-mortalidad, tanto en jóvenes como en ancianos. La disminución de la mortalidad en los pacientes mayores sometidos a ACTP 1ª (28 frente a 38%)²³ está, sin duda, relacionada con el uso de stents e inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa. En los estudios que evalúan si esta ventaja inicial se mantiene a lo largo del tiempo existen controversias, mientras que unos sostienen que no hay diferencias significativas con la fibrinólisis al cabo de 3 años²⁴, otros demuestran que, por lo menos hasta el año de seguimiento, el beneficio se mantiene²⁵, siempre que los pacientes no se presenten en shock cardiogénico²².

Nosotros, a lo largo del periodo de estudio ingresamos 16 pacientes de más de 75 años con IAM Q, 7 presentaban shock cardiogénico o EAP, 2 recibieron ACTP 1ª. Ambos murieron. La mortalidad global del grupo fue del 31%. La mortalidad de los que llegaron con killip III-IV, 57%. Obviamente la serie es demasiado corta como para sacar conclusiones.

Pacientes diabéticos

Entre los pacientes diabéticos, se han obtenido mejores resultados con la ACTP 1ª que con la fibrinólisis, incluso en cuanto a mortalidad global e índice de reinfarto²⁶, teniendo en cuenta además que los diabéticos llegan al hospital con más tiempo de evolución y killip más alto.

Mujeres

La mortalidad de las mujeres es mucho más alta que la de los hombres (12,5% vs 8%), a pesar de que los índices de éxito de la ACTP son similares²⁷. Esto puede ser debido a que la edad de presentación es mayor y, a que con más frecuencia llegan en situación de shock (18,75% vs 11,6%); sin embargo, se ha comprobado que, independientemente del resultado angiográfico sufren con mayor frecuencia rotura cardíaca^{28, 30}, y, que el tiempo que transcurre desde el inicio del cuadro hasta la primera monitorización es mayor para ellas³⁰.

Tiempo puerta-balón

Existe una relación crítica entre el tiempo que pasa hasta el tratamiento revascularizador y la cantidad de miocardio salvado.

En la mayoría de los estudios seriados el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente a urgencias y el inicio de la ACTP 1ª se mantiene en torno a los 111'²⁹. En nuestra serie es algo menor (90'), probablemente porque tenemos hemodinamistas de

guardia constantemente y porque las distancias dentro de la isla de Mallorca son, evidentemente, limitadas.

Se ha observado que el tiempo puerta-balón tiende a aumentar en: pacientes mayores de 65 años, mujeres, pacientes con contraindicaciones para fibrinolisis, ausencia de dolor anginoso al ingreso, presentación en horario nocturno o de madrugada y en hospitales que realizan menos de 49 ACTP 1^a/año²⁹.

Para disminuir el tiempo puerta-balón es necesario desarrollar algoritmos en la sala de urgencias en colaboración con el servicio de cardiología intervencionista y la Unidad Coronaria.

Para acortar el tiempo que transcurre desde el inicio del cuadro a la llegada del paciente a urgencias sería necesario además implicar en estos protocolos a los servicios de emergencias extrahospitalarios. Existe controversia sobre si las campañas de educación general a la población son beneficiosas o si, por el contrario, únicamente consiguen saturar los servicios de urgencia, lo que sí está claro es que la información y el consejo médico preciso a los pacientes de riesgo y sus familiares son útiles en este sentido^{31, 32}.

Infarto agudo de miocardio sin onda Q

En el manejo del SCASEST ha habido un debate considerable en cuanto al uso de la estrategia invasiva precoz frente al tratamiento conservador. El estudio TIMI IIIB³³ encontró resultados similares para las dos estrategias, y en el VANQWISH³⁴ incluso mayor mortalidad para los pacientes sometidos a coronariografía y ACTP precoz; sin embargo, ambos trabajos fueron realizados antes del descubrimiento de los inhibidores IIbIIIa y el empleo habitual de los stents. Desde entonces se han realizado varios estudios randomizados que muestran que la administración de inhibidores IIbIIIa seguida de CNG precoz y eventual ACTP reduce de forma significativa la mortalidad, el reinfarto, los episodios de angina inestable, la necesidad de nuevas angioplastias, el tiempo de hospitalización y el tiempo de recuperación, y, consecuentemente, el gasto^{35, 36, 37, 38, 39}. En un año, la estrategia invasiva precoz salva 1,7 vidas y previene 2 IAM no mortales y 20 readmisiones por angina a expensas de un mayor número inicial de ACTP y cirugías de revascularización cuyo coste queda compensado con el ahorro ulterior^{40, 41}.

Conclusiones

De la revisión de la literatura más reciente se desprende que:

La ACTP 1^a con implante de stent es el mejor método de revascularización del IAM Q cuando se presenta como SCACEST dentro de las primeras 12 horas de evolución, especialmente en: IAM anterior, extenso, con disfunción ventricular y en pacientes de edad avanzada.

La CNG precoz en el IAM no Q junto con el empleo de inhibidores IIbIIIa disminuye la mortalidad, evita eventos isquémicos y reduce el coste a largo plazo del tratamiento.

El shock cardiogénico continúa siendo un problema de difícil solución y alta mortalidad a pesar del empleo de la ACTP 1^a, los fármacos inotrópicos más potentes y el balón de contrapulsación aórtica. En este campo, es probable que la introducción del levosimendán mejore las perspectivas en un futuro inmediato.

En conclusión creemos que todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento del enfermo con SCACEST deberían hacer todo lo posible para que el paciente sea trasladado rápidamente a un centro hospitalario que disponga de cardiología intervencionista de guardia y que todos los enfermos con SCASEST tendrían que tener la posibilidad de ser derivados a un hospital en donde les puedan realizar un CNG dentro de las primeras 24-72 horas de evolución.

Bibliografía

1. Primary angioplasty versus systemic thrombolysis in anterior myocardial infarction. García E. Et al. J Am Coll Cardiol 1999 Mar; 33(3):605-611
2. A clinical trial comparing primary coronary angioplasty with tissue plasminogen activator for acute myocardial infarction. Angioplasty substudy investigators. New England Journal of Medicine June 1997, 336:1621-1628
3. 1999 Update: ACC/AHA Guidelines for treatment of patients with acute myocardial infarction: executive summary and recommendations. Circulation 1999; 100: 1016-1030

4. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Revista Española de Cardiología Nov 1999 52;11 919-956
5. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: executive summary and recommendations. Circulation 2000; 102: 1193-1290
6. ACC/AHA Guidelines Update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction -2002: summary article. Circulation 2002 Oct 1893-1900
7. ACC/AHA Guidelines for coronary angiography: executive summary and recommendations. Circulation 1999 May, 4: 2345-2357
- 8A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the mediterranean basin; the Euro Survey of Acute Coronary Syndromes (Euro HEART Survey ACS). Iliadis et al. Eur Heart J 2002 Aug; 23 (15): 1190-201
9. Audit. Of acute myocardial infarctions at Saint James's Hospital, Dublin, from 1996 to 1999. Pate GE et al. Ir Med J 2002 Jan; 91: 49-57
10. Long-term follow-up of patients with acute myocardial infarction treated with primary angioplasty or thrombolysis. Results of the MITRA trial. Zhan R et al. Z Kardiol 2002 Jan; (1) 49-57
11. Long-term cardiac function and outcome in patients receiving primary angioplasty for AMI at a community Hospital without on-site surgical back-up. Gresham JL et al. J Invasive Cardiol 2002 Nov; 14(11):665-9
12. Clinical characteristics and outcome of patients with early (<2h), intermediate (2-4h) and late (>4h) presentation treated by primary coronary angioplasty or thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. Zijlstra F et al. Eur Heart J 2002 Apr; 23(7): 550-7
13. Primary angioplasty versus prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction: a randomised study. Bonney E et al. Lancet 2002 Sep 14;360:825-9
14. DANAMI-2: is primary angioplasty superior to thrombolysis in acute MI when the patient has to be transferred to an invasive centre? Moon JC et al. Int Cardiol 2002 Oct; 85(2-3):199-201
15. A randomised trial of transfer for primary angioplasty versus on-site thrombolysis in patients with high-risk myocardial infarction: the air primary angioplasty in myocardial infarction study. Grines CL et al. J Am Coll Cardiol 2002 Jun 5;39(11):1713-9
16. Primary PTCA in the treatment of acute myocardial infarct. Experience at the Faculty Hospital in Hradec Kalove. Cervinka P et al. Vnitr Lek 2001 Nov; 47(11):757-62
17. Establishing primary angioplasty as the preferred for acute myocardial infarction. Kaltoft A et al. Scan Cardiovasc J 2002 Aug;36(4):215-20
18. Thrombolytic therapy vs primary percutaneous coronary intervention for myocardial infarction in patients presenting to hospitals without on-site cardiac surgery: a randomized controlled trial. Aversano T et al. JAMA 2002 Apr 17;287(15):1943-51
19. Primary intracoronary stenting in comparison with intravenous rt-PA thrombolysis plus rescue intracoronary intervention in patients with acute myocardial infarction. Zhang D et al. Chin Med (Eng) 2002 Feb;115(2):163-5
20. Percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction with cardiogenic shock: immediate and late outcomes. Srimahachota S et al. J Med Assoc Thai 2001 Feb;84:1449-50
21. Long term results after acute percutaneous transluminal coronary angioplasty in acute myocardial infarction and cardiogenic shock. Ammann P et al. Int J Cardiol 2002 Feb;82(2):127-31
22. Comparison of primary angioplasty and conservative treatment on short-and-long-term outcome in octogenarian or older patients with acute myocardial infarction. Yip HK et al. Jpn Heart J 2002 Sep; 43(5):463-74
23. Coronary angioplasty in elderly patients. Listero F et al. Ital Heart J 2002 Jan;3(1 suppl):1-8
24. Long term outcome of primary percutaneous transluminal coronary angioplasty for low-risk acute myocardial infarction in patients older than 80 years: a single center, open, randomized trial. Minai K et al. Am Heart J 2002 Mar; 143(3):497-505
25. Reperfusion therapy in elderly patients with acute myocardial infarction: a randomized comparison of primary angioplasty and thrombolytic therapy. De Boer MJ et al. J Am Coll Cardiol 2002 Jun 5;39(11):1723-8
26. Clinical outcomes of patients with diabetes mellitus and acute myocardial infarction treated with primary angioplasty or fibrinolysis. Hsu LF et al. Heart 2002 Sep;88(3):260-5
27. Short and medium term outcome differences in women and men after primary percutaneous transluminal mechanical revascularization for acute myocardial infarction. Azar RR et al. Am J Cardiol 2000 Mar 15;85(6):675-9
28. Frequency of left ventricular free-wall rupture in patients with acute myocardial infarction treated with primary angioplasty. Moreno R et al. Am J Cardiol 2000 Mar 15;85(6):757-60, A8
29. Predictors of door-to-balloon delay in primary angioplasty. Angeja BG et al. Am J Cardiol 2002 May 15;89(10):1156-61

Diagnóstico por la imagen

30. Primary angioplasty reduces the risk of left ventricular free wall rupture compared with thrombolysis in patients with acute myocardial infarction. Moreno R et al. *J Am Coll Cardiol* 2002 Feb 20;39(4):598-603
31. Program of coronary angioplasty in acute myocardial infarction in the region of Murcia (Spain). APRIMUR Registry. Carrillo P et al. *Rev Esp Cardiol* 2002 Jun; 55(6):587-96
32. Time intervals in primary angioplasty from onset of symptoms until restoration of blood flow. López-Palop R et al. *Rev Esp Cardiol* 2002 Jun;55(6):597-606
33. Effects of tissue plasminogen activator and a comparison of early invasive and conservative strategies in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. Results of the TIMI IIIB trial. Thrombolysis in myocardial infarction. *Circulation* 1994 Apr;89(4):1545-56 One-year results of the thrombolysis in myocardial infarction (TIMI IIIB) clinical trial. A randomized comparison of tissue-type plasminogen activator versus placebo and early invasive versus early conservative strategies in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. Anderson HV et al. *J Am Coll Cardiol* 2000 Jan;35(1) 263
34. Outcomes in patients with acute non-Q-wave myocardial infarction randomly assigned to an invasive as compared with conservative management strategy. Veterans Affairs Non-Q-Wave Infarctions Strategies In Hospital (VANQWISH) trial investigators. Boden et al. *N Engl J Med* 1998 Jun 18;338(25):1785-92.
35. Intervencional versus conservative treatment for patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction: the British Heart Foundation RITA 3 randomised trial. Randomised Intervention Trial of Unstable Angina. Fox KA et al. *Lancet* 2002 Sep 7;360(0335):743-51
36. Management of acute coronary syndromes: variations in practice and outcomes. Findings of the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Fox KAA et al. *Eur Heart J* 2002;23:1177-89
37. A prospective survey of acute coronary syndromes (Euroheart survey ACS) Hasdai D et al. *Eur Heart J* 2002; 23:1190-201
38. Outcome at 1 year after an invasive compared with non-invasive strategy in unstable coronary-artery disease: the FRISC II invasive randomised trial. FRISC II investigators. Fast Revascularization during instability in coronary artery disease. Wallentin L et al. *Lancet* 2000 Jul 1;356(9223):9-16
39. Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban. Cannon CP et al. *N Engl J Med* 2001 Jun 21;344(25):1879-87
40. Economics, health-related quality of life, and cost-effectiveness methods for the TACTICS (Treat Angina with Aggrastat (Tirofiban) and determine cost of therapy with invasive or conservative strategy)-TIMI 18 trial. Weintraub WS et al. *Am J Cardiol* 1999 Feb 1; 83(3):317-22
41. Invasive versus conservative strategies in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction following treatment with tirofiban: rationale and study design of the international TACTICS-TIMI 18 trial. Treat Angina with aggrastat and determine cost of therapy with an invasive or conservative strategy. Thrombolysis in myocardial infarction. Cannon CP et al. *Am J Cardiol* 1998 Sep 15;82(6):731-6
42. Reducing time to treatment in acute myocardial infarction. Wallentin L et al. *Eur J Emerg Med* 2000 Sep;7(3):217-27

GIRARD-PERREGAUX
TRIBUTE TO FERRARI 330/P4



CHRONÓGRAFO AUTOMÁTICO
CAJA Ø 40 MM

GP
GIRARD-PERREGAUX

www.girard-perregaux.com

Membre de l'Association Interprofessionnelle de la Haute Horlogerie

DESDE 1925
Nicolas
JOYERO

Avda. Antonio Maura, 14 - 07012 Palma de Mallorca
Tel. 971 72 28 89 Fax 971 72 30 50
nicolasjoyero@terra.es

Paciente con escoliosis, disnea aguda y derrame pleural derecho

M. Riera Sagrera, A. Rodríguez Salgado, *A. Pozo García, *A. Graner Eceizabarrena

Caso clínico

Se trataba de un paciente de 57 años con antecedentes de tabaquismo y de dorsolumbalgia crónica atribuida a una escoliosis que consultó por un aumento de su dolor habitual acompañado de disnea de reposo. A su llegada a urgencias destacaban signos de insuficiencia respiratoria grave por lo que se intubó, se conectó a ventilación mecánica e ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos. A la exploración física presentaba palidez cutánea y sequedad mucosa, una temperatura axilar de 35.6°C y la gasometría arterial con FiO₂ de 1 mostraba: pH 7.21, pO₂ 137 mmHg, pCO₂ 55 mmHg y HCO₃ 22 mmol/l. Su tensión arterial era 75/35 mmHg y la frecuencia cardíaca 116 lpm. En el electrocardiograma se apreciaba un ritmo sinusal a 90 lpm con PR normal, Q en III y aVF y segmento ST aplanado en I, aVL y V5-V6. Se inició tratamiento con noradrenalina por hipotensión arterial sistémica mantenida y oliguria con buena respuesta. La radiografía de tórax (Fig. 1) mostró una imagen compatible con un derrame pleural derecho y una marcada escoliosis dorsolumbar. La tomografía

axial computerizada torácica (Figs. 2 y 3) reveló la existencia de una disección de la aorta torácica descendente y del cayado aórtico, justo por detrás de la salida de la subclavia, con rotura en la porción distal cerca del diafragma lo que producía un gran hematoma periaórtico y un derrame pleural derecho. La aorta descendente se situaba a la derecha de la línea media debido a la severa escoliosis dorsolumbar. La toracocentesis dio salida a 350 ml de sangre.

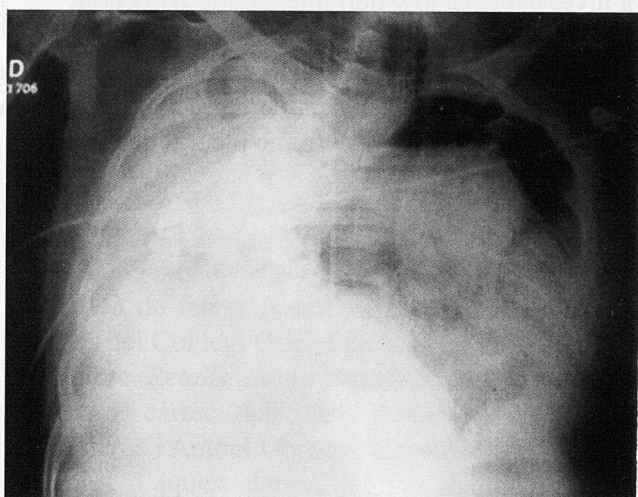


Fig. 1.

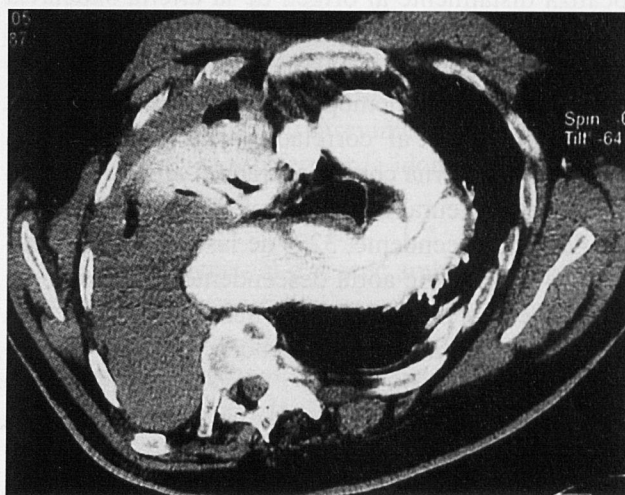


Fig. 2.

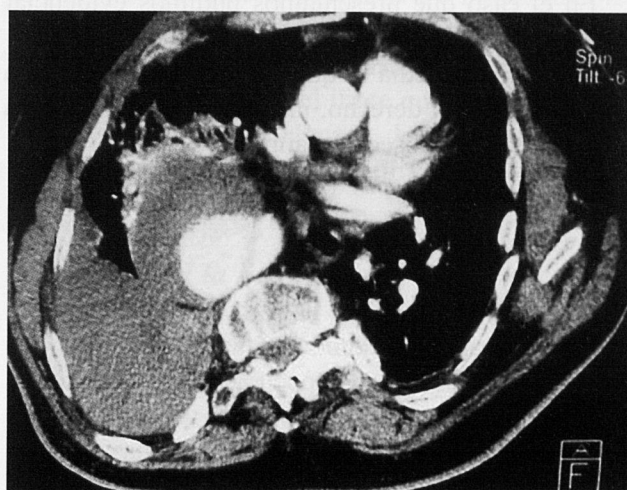


Fig. 3.

Diagnóstico

Dissección de la aorta torácica con rotura.

Comentario

Una de las manifestaciones clínicas de la disección de aorta puede ser la presencia de derrame pleural, sobretudo en el lado izquierdo. El derrame suele corresponder a un exudado inflamatorio reactivo a la afectación aórtica pero en algunos casos es un hemotórax producido por la rotura externa de la disección al espacio pleural¹.

La mayoría de las disecciones de aorta (70%) se caracterizan por una laceración de la íntima a nivel de la pared lateral de la aorta ascendente que suele extenderse a la curvatura mayor del arco aórtico y finalmente a la pared lateral izquierda de la aorta descendente. En otros casos, la laceración intimal se localiza distalmente al origen de la arteria subclavia izquierda y raramente, en el arco aórtico o en la aorta abdominal². La rotura externa de la aorta torácica suele producir un hemopericardio o un hemotórax izquierdo. Gore et al³ correlacionaron la localización de la rotura externa con la laceración intimal y hallaron derrame pleural izquierdo en 6% de las disecciones de aorta ascendente, 32% de las de cayado aórtico y 44% de las de aorta descendente. El hemotórax derecho como manifestación clínica de la disección de aorta es un hallazgo infrecuente descrito ocasionalmente en la literatura^{4,5}. Los casos revisados corresponden a dos disecciones de la aorta torácica descendente con la localización de la rotura a nivel de la pared medial de la aorta. Otra posibilidad teórica sería que la disección afectase un arco aórtico derecho⁶.

En el caso que presentamos pudimos evidenciar que la aorta torácica descendente se situaba a la derecha de la línea media lo que justificaba la existencia de un hemotórax derecho, una manifestación clínica infrecuente de la disección aórtica.

Bibliografía

1. Hata N, Tanaka K, Imaizumi T, Ohara T, Ohba T, Shinada T et al. Clinical significance of pleural effusion in acute aortic dissection. *Chest* 2002; 121: 825-830.
2. Roberts CS, Roberts WC. Aortic dissection with the entrance tear in the descending thoracic aorta. Analysis of 40 necropsy patients. *Ann Surg* 1991; 213: 356-368.
3. Gore I, Hirst AE Jr. Dissecting aneurysm of the aorta. *Cardiovasc Clin* 1973; 5: 239-260.
4. Marcos F, Árbol F, Aparicio JC, Martín T, Durán A. Derrame pleural derecho como primera manifestación del aneurisma disecante de aorta. *An Med Interna* 1996; 13: 562-563.
5. Baharloo F, Verhelst R, Collard P, Pieters T. Rupture of aortic aneurysm with right-sided haemothorax. *Eur Resp J* 1999; 13: 465-467.
6. Floten HS, Rose DM, Cunningham JN Jr. Surgical therapy of a dissecting aortic aneurysm involving a right-sided aortic arch. *J Am Coll Cardiol* 1984; 4: 1058-1061.

Figuras

Fig. 1. Radiografía simple de tórax que muestra derrame pleural derecho y marcada escoliosis dorso-lumbar.

Fig. 2. Tomografía axial computerizada torácica en la que se observan signos de disección de la aorta a nivel del cayado y derrame pleural derecho.

Fig. 3. Tomografía axial computerizada torácica que demuestra la existencia de disección de la aorta torácica descendente y derrame pleural derecho.

He mirat aquesta terra! “*Retalls de la memòria*” del Dr. Jaume Mulet

Antoni Obrador Adrover

Jaume F. Mulet i Ferragut

RETALLS DE LA MEMÒRIA

Anècdotes d'un metge en actiu



Retalls de la memòria. Anècdotes d'un metge en actiu. Ed. Lleonard Muntaner. Palma 2004. 124 pàgines.

Dia 3 de febrer passat va celebrar-se a la Sala d'actes del Col·legi Oficial de Metges la presentació del llibre *Retalls de la memòria*, del Dr. Jaume Mulet, a càrrec dels Drs. Nofre Pons, Alfonso Ballesteros i Antoni Obrador. Reproduïm part de les paraules d'aquest darrer, il·lustre acadèmic de la nostra Corporació.

“Quan el Dr. Mulet va pensar que podia presentar el seu llibre devia sospitar que ho podria fer bé i que me'n sortiria de la comanda d'allò millor. Desconec les possibles raons per a tal suposició. El que sí us puc dir és que el meus coneixements de literatura o de crítica literària, necessaris per a tal comesa, són més aviat esquifits per dir-ho suaument i amb benevolència. Per altra part, amb la comanda, he tenguut el privilegi d'avançar-me en la lectura del llibre abans de què s'editàs i d'aquesta manera, he estat un dels primers en fruir-ne.

Quan me va convidar tot d'una vaig dir que sí - per ventura per una certa incapacitat personal de dir no- amb una gran dosi d'atreviment però, després de llegir el llibre, vaig refermar la idoneïtat de l'acceptació de la invitació.

La relació personal que tenc amb el Dr. Mulet va començar fa una partida d'anys quan jo tenia determinades responsabilitats de gestió hospitalària i em va venir a saludar perquè s'havia convocat una plaça de Cap de Servei de Cirurgia Pediàtrica a Son Dureta. Segons record, en aquella primera conversa, de tot d'una hi va haver una bona sintonia personal i professional. Aleshores vaig pensar que era un bon candidat i que aniria bé que es pogués incorporar a les tasques de Son Dureta. La convocatòria va seguir el curs habitual i efectivament, el Dr. Mulet va obtenir aquesta plaça; des del començament i durant tots aquests anys ha quedat de manifest l'encert de la decisió del tribunal. En el llibre que presentam avui es deixen entreveure algunes de les claus per les quals interessava venir a fer feina a Mallorca al Dr. Mulet.

La medicina i la literatura

Un primer aspecte a comentar, i que resulta obvi per tot els qui avui som aquí, és que es tracta d'un llibre escrit per un metge sobre diverses situacions viscudes durant l'exercici professional. No és descobrir res de nou dir que molts de metges han tenguut una certa vocació literària. Evidentment la relació entre

medicina i literatura constitueix un camp extens de coneixement en el qual no hi podem entrar. Els que s'interessen per aquest tema saben que hi ha una revista amb aquest títol –*Medicine and Literature*– editada per la prestigiosa *John's Hopkins University*; també saben que troben molta informació útil a la pàgina web de la Universitat de Nova York sobre medicina i literatura, i que poden acudir al llibre *Medici scrittori di Spagna* de l'italià Arnaldo Querubini etc. Sense anar tan enfora, podem recordar de passada que Llorenç Villalonga era un metge psiquiatra molt més reconegut per l'obra literària que no per l'activitat mèdica. El també psiquiatra Bartomeu Mestre de Can Balutxo, que fou membre destacat de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears, va escriure molt i actualment per citar-ne tres més podríem dir els noms de Gustavo Catalán, amb una partida d'obres de creació literària ja editada, el de Nofre Pons que també ha publicat un llibre de rondalles mèdiques i te altres coses en marxa i el de Blai Llopis amb un llibre deliciós sobre una Ciutat que ja no existeix. També hem de més citar, encara que no són obres estrictes de creació literària, les traduccions, en un català excel·lent, d'algunes obres de Kavafis fetes per Antoni Avellà i Bartomeu Garcés.

I en parlar de literatura no està de més parlar també de la paraula; la paraula com a expressió màxima de l'esser humà. La paraula, s'ha dit moltes vegades, és allò que ens diferencia especialment de les altres espècies animals. Allò que entenem per gènere humà no és tal si ho miram des del punt de vista del número de cèl·lules. El total de cèl·lules d'una persona està format en un 10% de cèl·lules de l'organisme i un 90% de cèl·lules bacterianes (que bàsicament estan en el budell gros). Si ho miram des del punt de vista del genoma (ara que està tan de moda) resulta que si es calcula que les persones tenim al voltant de 30.000 gens, el conjunt de gens del bacteris que duim sempre en el budell en tenen uns 70.000. Això serveix, si més no, per a relativitzar la importància de l'espècie humana. Però, si ens hi fixam, i tenim en compte aquestes xifres, el pensament d'algunes persones, vists els resultats, sembla que està fet més amb la part cèl·lular més nombrosa del cos humà. I així n'hi ha que quan parlen pareix que fan funcionar únicament el budell en la seva expressió més escatològica que no nutritiva. Per altra banda, ara amb aquesta explicació podem entendre molt millor l'expressió tenir diarrea mental. Estic segur que aquell que va inventar aquesta expressió no era conscient de la base fisiològica que la sustentava.

El llibre

Però feta aquesta petita disgressió, pens que si seguíssim aquesta aproximació literària a l'obra que avui presentam erràriem el tret. Una manera de veure la literatura és la que tenia, per exemple, Josep Pla quan deia: "he tractat de posar adjectius darrera dels substantius i és a això que he dedicat la meua vida". Es tracta de la construcció de l'obra literària com a justificació d'una existència. El llibre que presentam te unes pretensions ben diferents. L'autor no tracta de reinventar la realitat si no de fer-nos partícips d'unes situacions que ha viscut. Encara que es tengui una sensibilitat mínima, durant l'exercici mèdic és possible viure en primera persona moltíssimes situacions que poden sorprendre o emocionar. Durant molts d'anys hi va haver a la sala d'urgències de Son Dureta un llibre d'anècdotes que donarien també per escriure'n un altre, de llibre. En aquest sentit el metge, com altres professionals, te la venturosa oportunitat d'esser un espectador privilegiat de la complexitat de la vida humana amb les misèries i grans deses corresponents.

El llibre "Retalls de la memòria" és una crònica o un documental d'una sèrie de situacions viscudes durant la, ja relativament llarga, vida professional del Dr. Jaume Mulet. Comença a la facultat de medicina, segueix a l'antic hospital de Sant Joan de Deu de Barcelona, continua amb el trasllat a la nova ubicació i acaba a l'Hospital Son Dureta. M'atreviria a dir que aquest llibre, entre altres consideracions, també te l'interès de fer-nos conèixer allò que va constituir l'humus intel·lectual i amical del naixement de la cirurgia pediàtrica catalana.

El primer qualificatiu que trob més escaient a l'hora de definir el llibre "Retalls de la memòria" és que es tracta d'una obra transparent. No podem trobar cap artifici literari en la narració. La pretensió de l'autor és evident durant la lectura de tot el llibre i és ben explicitada al començament: "Com veureu el que està escrit a continuació no són doncs unes memòries. Són simplement uns flashos, uns fotogrames escrits, unes pinzellades agafades més o manco cronològicament, amb només un objectiu: treure'm quelcom que m'ha impactat, de dins". I en aquest paràgraf podem trobar una altra característica fonamental del llibre i és que està escrit amb el cor. És, per això mateix, un llibre sentit, vitalista, que transmet la joia de viure que te l'autor. Per ventura no està de més recordar precisament que una de les característiques de la salut, definida en el Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana de Perpinyà,

és la manera joiosa de viure. La crònica, que hi és evidentment en el llibre, no és sentimentalment asèptica. Hi ha una implicació personal en tot allò que conta perquè també hi ha hagut una implicació personal en tot allò viscut. Queda ben a les clares que l'autor ha patit amb el patiment dels altres i ha compartit situacions amb un esforç de comprensió de l'altre que pateix.

És també un llibre divertit. Moltes de les situacions descrites ho són. No totes, també n'hi ha de tràgiques. Però, fins i tot en les més punyents hi ha l'esforç de trobar els caires amables de les persones, dels drames personals, fugint dels apriorismes i dels prejudicis i, sobretot, amb una visió optimista de l'existència humana. Dos dels capítols més ocurrents, al meu entendre, són: el que relata com un metge es va posar a tallar les ungles durant una consulta mèdica i l'escena, molt teatral, del capítol titulat "*Håbleme en cristiano*". Hi ha, a tot el llibre, una implicació amb ironia, que mai arriba al sarcasme de l'autor en cada situació.

És un llibre que demostra la capacitat d'aprendre de l'autor. D'alguna manera es veu que en cada anècdota hi ha la sensibilitat desperta i el cervell preparat del Dr. Jaume Mulet per aprendre contínuament de l'escola de la vida. Especialment memorable, en el meu entendre, és l'anècdota *Aprenent i comprenent*, on es desenvolupa una escena plena de sintonia i complicitat amb una infermera –monja en aquest cas– molt experta en tractar malalts i fer de les situacions, que podrien esser complicades per un estudiant de medicina que fa les primeres guàrdies hospitalàries, un prodigi de *savoir faire* i enteniment intel·ligent.

L'autor

Per les característiques del llibre i de la transparència de l'escrit podem deduir que l'autor és una persona optimista, que estima la vida, comprensiu, que li agrada compartir les experiències, irònic, divertit, apassionat per la feina i amb una dedicació professional admirable. Tot això ho saben tots el qui el coneixen, encara que sigui poc; ara tots els que llegiran aquest llibre també ho sabran, encara que no el coneguin personalment. I també sabran que en Jaume sap escriure ja que el llibre, si me permeteu l'expressió, enganxa.

Pot tot això, i ara acab, moltes de gràcies Jaume per haver escrit aquest llibre. Gràcies a l'editor per un llibre tan acurat. I esper que aquest llibre que té el subtítol d'*Anècdotes d'un metge en actiu* sigui un tast de les memòries que un dia o un altre hauràs d'escriure i que estic segur que seran ben sucoses. Tots t'ho agrairem".



NAVITIMER

INSTRUMENTS FOR PROFESSIONALS

Para un piloto, el más mínimo detalle cuenta. En BREITLING compartimos la misma filosofía. Nuestra vocación: construir relojes instrumentos de alta precisión y fiabilidad destinados a los profesionales más exigentes. Nuestra baza: la calidad. Nuestro objetivo: la superación. Nuestros cronógrafos cumplen los más altos criterios de robustez y funcionalidad, y todos nuestros mecanismos han superado con éxito las implacables pruebas del Control Oficial Suizo de Cronómetros. Y es que, no se convierte uno en proveedor oficial de la aviación por casualidad.

DESDE 1925
Nicolas
JOYERO

Avda. Antonio Maura, 14 - 07012 Palma de Mallorca
Tel. 971 72 28 89 Fax 971 72 30 50
nicolasjoyero@terra.es

WWW.BREITLING.COM



BREITLING
1884

INSTRUMENTS FOR PROFESSIONALS®



Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

PROGRAMA DE PREMIOS PARA EL CURSO 2004

A. PREMIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LAS ILLES BALEARS.

La Real Academia de Medicina de las Illes Balears abre Concurso para conceder durante el año 2004, el Premio de esta Real Academia, de título de Académico correspondiente y 1.000 €, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de medicina o cirugía en cualquiera de sus especialidades.

B. PREMIOS PATROCINADOS.

Asimismo, la Real Academia de Medicina de las Illes Balears convoca, en colaboración, los siguientes premios dotados de 1.500 € y un diploma acreditativo.

Premio Dr. Francisco Medina Martí. Pediatría.

Premio Dr. Ramón Rotger Moner. Cirugía y especialidades quirúrgicas.

Premio Mutua Balear. Salud laboral.

Premio Fundación MAPFRE Medicina. Gestión sanitaria.

Premio Policlínica Miramar. Medicina y especialidades médicas.

Premio Gabriel Escarrer. Salud del viajero.

Premio Grup Fer. Medicina Veterinaria.

Premio Air Europa. Medicina Aeronáutica.

Premio Saga Médicos Rosselló. Urología y Andrología.

Premio TIRME. Sanidad ambiental.

Premio Fundació Mateu Orfila. A la trayectoria de un profesional de la salud.

La concesión de estos premios se regirá por las siguientes bases:

1. El Premio *Fundació Mateu Orfila* se concederá a un profesional sanitario de las Islas, seleccionado entre los currículos profesionales propuestos por los Colegios Oficiales de la Comunidad Autónoma de les Illes Balears, que tengan relación con las ciencias de la salud. Las propuestas y currículos deberán tener entrada, antes del día 1 de octubre de 2004.

2. A los otros premios podrán concursar doctores o licenciados en medicina y cirugía o en ciencias afines, de la Unión Europea. Los aspirantes deberán remitir sus trabajos antes del 1 de octubre del año en curso. Los patrocinadores podrán divulgar las bases del concurso de cada uno de los premios en los medios de comunicación que consideren oportuno.

3. Los trabajos que opten a los premios deberán ser originales e inéditos, no siendo aceptados aquellos que en el momento de la adjudicación hayan sido total o parcialmente publicados.

4. Los trabajos estarán escritos mediante programa Word o WordPerfect de tratamiento de textos, interlineado a espacio y medio. La extensión de los originales será de un mínimo de 20 hojas y un máximo de 50 hojas DIN A4 por una sola cara, incluyendo en el texto la bibliografía o referencias documentales, además de iconografía complementaria.

5. Los originales (cuatro copias impresas y un disquete o CD Rom), redactados en lengua catalana o castellana, serán remitidos a la Secretaria General de la Real Academia de Medicina de las Illes Balears (Calle de Can Campaner, 4, bajos. 07003 Palma de Mallorca) bajo sistema de lema y plica, sin firma del autor o autores, cuya identificación, dirección y teléfono deberán figurar en un sobre cerrado, a su vez identificado con el mismo lema del trabajo original. Junto al lema, en el trabajo figurará claramente el nombre del premio al que se concurre.

Los premios se votarán en sesión de gobierno extraordinaria de la Real Academia, previo informe de la Sección correspondiente. En los premios patrocinados, un representante designado por el patrocinador podrá participar en las deliberaciones de la Sección.

6. El fallo del concurso será inapelable y se hará público a través de la prensa local. Igualmente será comunicado oficialmente al primer autor de los trabajos premiados. La entrega de los premios tendrá lugar en la Solemne Sesión inaugural del próximo Curso Académico de 2005. El Secretario de la Real Academia reflejara en la memoria anual una semblanza del patrocinador, que podrá designar a la persona que hará entrega del premio.

7. En caso de que el trabajo galardonado con el Premio de la Real Academia fuese de más de un autor, el título de Académico correspondiente sólo será otorgado, obligatoriamente, al primer firmante.

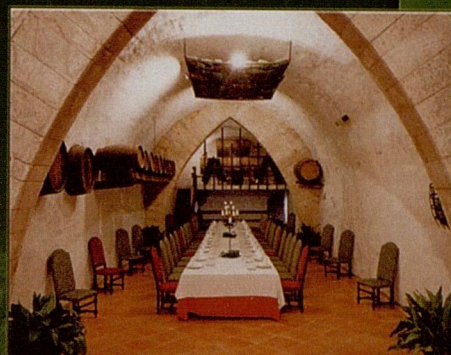
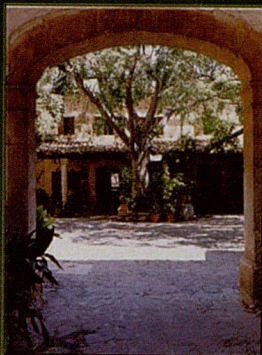
8. Los trabajos premiados quedarán en propiedad de la Real Academia de Medicina de las Illes Balears, que podrá publicarlos en su revista de Medicina Balear, en cuyo caso se podrá solicitar a los autores las correcciones necesarias con el fin de adaptarlos a las características de dicha publicación.

9. Los premios no podrán dividirse, pero podrán ser declarados desiertos, en cuyo caso la cuantía de los premios patrocinados se destinará a becas concedidas por un concurso convocado a tal fin.

10. La participación en el presente concurso implica la aceptación total de las bases de esta convocatoria, cuya interpretación será exclusiva de esta Real Academia.

Palma de Mallorca, 22 de enero de 2004

El Presidente
Alfonso Ballesteros Fernández



Son Termens

Desdel 1966

*Una finca del segle XIII amb el bon gust
mallorquí de sempre...*

Tel. 971 61 77 45 - 971 61 77 29 - 629 33 50 78 Fax 971 61 77 74



Día a día, durante 75 años, al lado de los profesionales

Más de 100.000 personas aseguradas depositan día a día su presente y futuro, con plena confianza, en el Grupo PSN. Este es el resultado de un proceso continuo de esfuerzo, de seguridad y solvencia.

Toda la organización de PSN queremos celebrar estos primeros 75 años de historia, agradeciendo la confianza y, sobre todo, la participación en el crecimiento y consolidación del Grupo PSN.

C/ Villanueva, 11
28001 Madrid
www.psn.es


PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

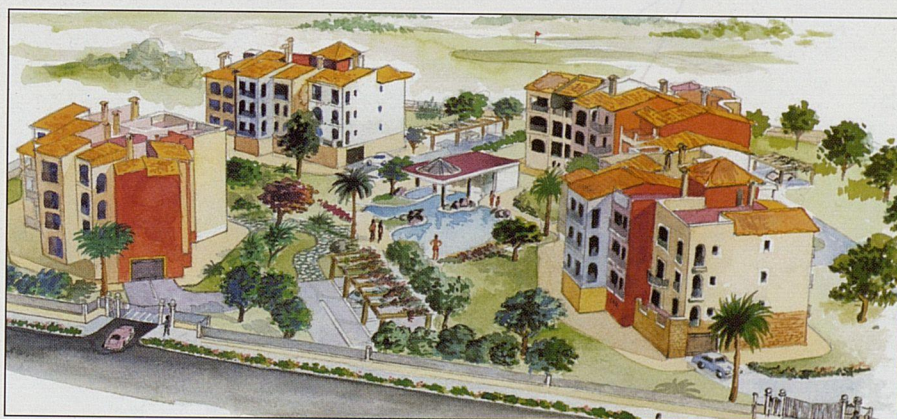
75 aniversario

Oficina de Servicio
al Mutualista: 902 100 062
osm@psn.es



Rosa/ 37 años / Pediatra / "Me gusta disfrutar de mi tiempo libre..."

Marina Fer en Santa Ponça



Desde 234.395 €. Complejo residencial compuesto por viviendas de 2 y 3 dormitorios. Parking subterráneo y trastero. Exclusiva zona termal con Jacuzzi, Baño turco, saunas y piscinas agua fría-caliente etc. Piscinas exteriores y zonas verdes. Aire acondicionado, cocina amueblada. Excelente calidad. Magnífica situación, entre el Golf y la Playa.

GRUP  FER

Miguel de los Santos Oliver, 7 · 07011 Palma de Mallorca · Spain · Tel.: 971 695 899 · 971 452 828

Visite nuestra oficina de información y piso piloto en el Boulevard Santa Ponça

www.grupfer.com
garantía de calidad



Leí a Julio Verne.

Dí la vuelta al Mundo en menos de 80 días.

Tuve un infarto.

Mañana empieza mi próxima aventura.

*¿Lo mejor de mi vida?
Está por venir.*

Preservar la prostaciclina puede suponer preservar la vida.
Antiagregante plaquetario con bajo riesgo hemorrágico.

Disgren
Triflusal

La vida continúa.

DISGREN® Cápsulas ACCIÓN El triflusal es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria inducida por agentes como ADP, adrenalina y colágeno, que tiene una acusada actividad antitrombótica puesta de manifiesto en la experimentación farmacológica y clínica. La actividad antiagregante y antitrombótica del triflusal (DISGREN) constituye la base fisiológica de su eficacia en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas y de todos los procesos patológicos originados o que cursan con una hiperactividad de las plaquetas. **COMPOSICIÓN** Cada cápsula contiene: Triflusal (DCI), 300 mg. **INDICACIONES** Como antiagregante plaquetario. En la prevención y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas, o complicadas por trombosis. **POSOLÓGIA** De 1 a 3 cápsulas diarias de DISGREN (300-900 mg de triflusal), administradas con preferencia durante o al final de las comidas. La pauta posológica recomendada es la siguiente: dosis preventiva, 1 cápsula diaria; dosis de mantenimiento, 2 cápsulas diarias; situaciones de alto riesgo, 3 cápsulas al día. **CONTRAINDICACIONES** Antecedentes de úlcera péptica o de hipersensibilidad a salicilatos. **PRECAUCIONES** Aunque no existe evidencia de efectos teratogénos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **INCOMPATIBILIDADES** Deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes, ya que potencia su acción. El triflusal puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de éstos. **EFFECTOS SECUNDARIOS** En personas hipersensibles pueden aparecer molestias gástricas, que ceden en general con la administración de un antiácido. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO** En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, pueden aparecer síntomas de excitación o de depresión del SNC, alteraciones del sistema cardiocirculatorio y respiratorio y del equilibrio electrolítico, hemorragias digestivas y diarreas. El tratamiento consiste en la administración de una suspensión acuosa de carbón activo, vaciado de estómago por aspiración y lavado gástrico. Mantener el equilibrio electrolítico. Instaurar tratamiento sintomático. **PRESENTACIÓN Y PVP** DISGREN, envase de 30 cápsulas, 14,99 €; envase de 50 cápsulas, 24,76 €. Estimación del coste del tratamiento: Entre 0,49 y 1,50 €/día. Con receta médica. Financiable por el Sistema Nacional de Salud. TLD. GRUPO URIACH. J. Uriach & Cía, S.A. Polígono Industrial Riera de Caldes. Avda. Camí Reial, 51-57. 08184 Palau-solità i Plegamans (Barcelona).

Grupo  Uriach